

**Le repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest  
- Démarches de conférence/Compte rendu du rapporteur general**

**(Conference on Repositioning Family Planning in West Africa:  
Rapporteur-General's Report)**

---

Akunu Dake

February 2005

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of Cooperative Agreement Number HRN-A-00-00-00002-00. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

---

Advance Africa Project  
Management Sciences for Health  
4301 North Fairfax Drive, Suite 400  
Arlington, Virginia 22203  
Telephone: 703-310-3500  
[www.msh.org](http://www.msh.org)

**CONFÉRENCE SUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA  
PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST**

**HOTEL LA PALM ROYAL BEACH, ACCRA  
15 – 18 FÉVRIER 2005**

**SOUS LES AUSPICES DE :  
L'USAID, L'OMS/AFRO, Advance Africa, AWARE-RH, et le Projet POLICY, en  
collaboration avec le Ministère de la Santé du GHANA, le FNUAP, la FIPP, et  
autres collaborateurs**

**COMPTE RENDU DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL**

**PRÉPARÉ PAR**

**AKUNU DAKE  
HERITAGE DEVELOPMENT  
(CONSULTANTS & PRATICIENS)  
BOITE POSTALE CT1780  
CANTONMENTS – ACCRA  
TÉL: (+233-21) 760441, 770808  
FAX: (+233-21) 760441  
COURRIEL: [adake@africaonline.com.gh](mailto:adake@africaonline.com.gh)**

**RAPPORTEUR ADJOINT**

**CHARLES SEFAH OWUSU  
BOITE POSTALE 3875  
CANTONMENTS, ACCRA  
TÉLÉPHONE CELLULAIRE: +233 – (0) 24 4 626796  
COURRIEL: [sefacharles@yahoo.com](mailto:sefacharles@yahoo.com)**

**FÉVRIER 2005**

## TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	4
1. CÉRÉMONIE D'OUVERTURE .....	5
2. INTERVENTION PRINCIPALE SUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST .....	12
3. PREMIERE SESSION PLÉNIERE : QUE DEVONS NOUS SAVOIR SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST .....	19
A. LE DR. RICHARD TURKSON, ANCIEN DIRECTEUR, CONSEIL NATIONAL DE LA POPULATION DU GHANA: EVOLUTION DE LA PF: 1964-2004 .....	19
B. LE DR. JUSTIN TOSSOU, THE FUTURES GROUP, BENIN : LES SCHEMAS D'UTILISATION .....	20
C. LE DR. KADIDIATOU MAIKIBI, THE FUTURES GROUP, NIGER: L'ÉCART DE LA "PREFERENCE" : CE QUE VEULENT LES FEMMES ET LES HOMMES .....	22
D. LE DR. TIMOTHEE GANDAHO, DIRECTEUR EXECUTIF, PARTNERS IN POPULATION & DEVELOPMENT: QUI SONT CEUX QUI "ONT BESOIN"? : UNE ANALYSE SECONDAIRE DE L'ENQUETE DE DEMOGRAPHIE ET DE SANTE .....	23
4. DEUXIEME SESSION PLÉNIERE : « POURQUOI EXISTE-T-IL UN ÉCART ENTRE LES BESOINS EXPRIMÉS ET L'UTILISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE .....	24
A. LE DR. OLUWOLE AKANDE, PRESIDENT DE SEANCE, GROUPE DE TRAVAIL SUR LA SANTE DE LA REPRODUCTION : L'ÉCART DU PROGRAMME: LE BESOIN PAR RAPPORT A LA COUVERTURE, L'ACCES ET LA QUALITE .....	25
B. LE DR. CHRISTINE NARE, SOCIOLOGUE/ SPECIALISTE DES RELATIONS ENTRE LES SEXES : L'ÉCART SOCIO-CULTUREL: CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DE LA PF .....	26
C. M. MOUSTAPHA KA, ANCIEN VICE PRESIDENT DE L'ASSEMBLEE NATIONALE DU SENEGAL : L'ÉCART DU LEADERSHIP: ENGAGEMENT, CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE, ALLOCATION DES RESSOURCES .....	27
5. RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL .....	29
1. LES BARRIERES LIEES AU PROGRAMME .....	29
2. LES FACTEURS SOCIOCULTURELS .....	29
3. L'ÉCART DU LEADERSHIP .....	29
6. TROISIEME SESSION PLÉNIERE : « QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE CET ÉCART SUR LA SANTÉ, LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉCONOMIE » .....	31
A. LE DR. THERESE LESIKEL, OMS/AFRO & LE DR. ALIMATA DIARRA, WAHO : SAUVER DES VIES, PRESERVER LES FAMILLES (ESPACER LES NAISSANCES POUR SAUVER LES VIES ET PRESERVER LES FAMILLES : UNE OPPORTUNITE STRATEGIQUE NEGLIGEE) .....	31
B. DR. ALIMATA DIARRA, WAHO : SAUVER DES VIES, PRESERVER LES FAMILLES .....	32
C. JEAN PIERRE GUENGANT, INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DEVELOPPEMENT & SCOT MORELAND, THE FUTURES GROUP : REALISER LA VISION: ATTEINDRE LES BUTS DE DEVELOPPEMENT DU MILLENAIRE.....	33
7. QUATRIEME SESSION PLÉNIERE ET SESSIONS PARALLELES « QUELLES SOLUTIONS POURRAIT-ON APPORTER POUR RÉDUIRE L'ÉCART ENTRE LES BESOINS ET L'UTILISATION ? » .....	36
A. DR. LEVENT CAGATAY, ASSOCIE AU PROGRAMME POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE, PROJET ACQUIRE / ENGENDERHEALTH: LE CHANGEMENT ET LA DIFFUSION DE L'INNOVATION .....	36
B. SESSIONS PARALLELES SUR LES SOLUTIONS .....	37
8. CINQUIEME SESSION PLÉNIERE : COMMENT PLAIDONS-NOUS POUR OBTENIR CES SOLUTIONS ? .....	38
A. MODIBO MAIGA, THE FUTURES GROUP, MALI : L'EXPERIENCE DE LA PROCEDURE DE LA PLAIDOIRIE PARTICIPATIVE: UNE ETUDE DE CAS AU MALI .....	38

B.	KATE PARKES, CEDPA, MALI : PLAIDER POUR OBTENIR LES SOLUTIONS SOUHAITEES .....	39
<b>9.</b>	<b>SÉANCE PLÉNIÈRE : APERÇU GÉNÉRAL ET PERSPECTIVES DES PARTENAIRES .....</b>	<b>40</b>
A.	SYNTHESE DES PLANS DE SUIVI DES PAYS .....	40
B.	PERSPECTIVES DES PARTENAIRES.....	41
<b>10.</b>	<b>CLOTURE EN SÉANCE PLÉNIÈRE .....</b>	<b>44</b>

## INTRODUCTION

Une conférence régionale de quatre jours sur le Repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest s'est tenue du 15 au 18 février 2005 à Accra, Ghana, pour aborder la question du déclin, à l'échelon international, de l'intérêt porté à la planification familiale (PF) et de reconnaître son impact sur la santé et le développement. La conférence visait aussi à raviver l'intérêt des bailleurs de fonds et des gouvernements dans ce domaine et envers les besoins croissants mais non satisfaits de la PF.

La conférence avait pour **objectif principal** d'offrir une tribune pour les principales parties intéressées dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest, pour se concentrer sur le repositionnement de la PF comme moyen de contrecarrer l'impact des besoins non satisfaits.

Son **but** était de jeter les bases pour augmenter l'engagement qui doit être pris envers le repositionnement de la PF en tant qu'objectif stratégique dans le cadre des objectifs globaux des pays en matière de santé et de développement.

Les **objectifs de la conférence** étaient les suivants :

- Fournir des données étendues sur les besoins exprimés de la PF dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest ;
- Identifier les facteurs clés qui sont à la base de l'écart entre les besoins exprimés en PF et l'usage qui en est fait ;
- Examiner les conséquences de cet écart sur la santé et le développement ;
- Explorer des solutions pour refermer cet écart ;
- Montrer comment les activités de plaidoirie peuvent aider à apporter des solutions ;
- Développer des stratégies que les participants pourront appliquer après la conférence pour promouvoir le repositionnement des efforts de PF dans leurs pays respectifs.

**Les participants** à la conférence comprenaient essentiellement des équipes nationales plurisectorielles et leurs partenaires. Les équipes nationales participantes venaient du Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mali, Niger, Nigeria, Rwanda, Sénégal, Sierra Léone, Tchad et Togo. La conférence a réuni quelque 255 délégués de 13 pays de l'Afrique de l'Ouest ainsi que de deux pays en dehors de la sous région.

La conférence était placée **sous la tutelle de** l'USAID, l'OMS/AFRO, Advance Africa, AWARE-RH, et le Projet POLICY, en collaboration avec le Ministère de la Santé du GHANA, le FNUAP et la Fédération internationale de la planification de la parenté (FIPP).

Les délibérations de la conférence ont eu lieu en séance plénière et dans des sessions de groupes thématiques de travail, ainsi que dans des réunions des équipes nationales.

## **1. CÉRÉMONIE D'OUVERTURE**

Dans ses propos d'introduction en tant que Président de la cérémonie d'ouverture, le Professeur Agyeman Badu Akosa, Directeur général des Services de santé du Ghana a chaleureusement souhaité la bienvenue aux participants au Ghana et à la Conférence.

Il faisait remarquer que le sujet central de la conférence, à savoir de susciter un regain d'intérêt envers la PF en Afrique de l'Ouest et en la repositionnant, était un sujet des plus graves d'autant plus qu'au cours des six années qui ont suivi la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD), approximativement douze millions de grossesses involontaires se sont produites dans la seule Afrique de l'Ouest. Le prix humain de cette fécondité non intentionnelle se reflète dans des chiffres de mortalité maternelle inacceptables, une mauvaise santé et des infirmités inutiles parmi les femmes et les filles, une mortalité infantile élevée et des difficultés économiques pour les familles, les communautés et les nations.

Il indiquait que les taux élevés de croissance de la population qui en résultaient minaient plus encore les objectifs nationaux de développement dans la sous région, et que c'était spécialement pénible et inacceptable parce que tout ceci aurait pu être évité en appliquant la PF, une intervention bien connue et rentable.

Même si ces statistiques sont encore pires en Afrique sub-saharienne, l'Afrique de l'Ouest enregistre l'utilisation la plus basse de la contraception et a des taux de mortalité maternelle et infantile élevés.

Il notait à nouveau l'information fournie par l'enquête de démographie et de santé qui suggère une tendance à l'augmentation de la prévalence des contraceptifs. Depuis 1988, l'utilisation de la contraception moderne parmi les femmes mariées a augmenté en passant de 5 pour cent en 1988 à 19 pour cent en 2003, alors que les taux de fécondité totale ont diminué de 6,4 à 4,4 pour cent au Ghana (elle est restée de 4,4% depuis 1998). A peu près un tiers des femmes du pays qui veulent espacer la prochaine naissance ou mettre fin à leur capacité de procréer n'utilisent aucune méthode moderne de contraception. Ceci n'a pas changé entre 1998 et 2003. Alors que la prévalence de l'utilisation des contraceptifs semble être la plus élevée en Afrique de l'Ouest (à l'exception du Cap Vert), le Ghana ne s'en contente pas mais s'attaque sérieusement à la question des besoins chroniquement non satisfaits et élevés de 34 pour cent pour la contraception.

Il informait la Conférence que les Services de santé du Ghana et leurs partenaires ont préparé un document de synthèse qui souligne leur « Carte routière ». Il espérait que la Conférence serait l'occasion pour une fertilisation croisée d'idées pour que les pays proposent des stratégies qui soulignent des plans d'action concrets qui seraient exécutés avec succès.

Il reconnaissait que la santé et en particulier la santé de la reproduction (SR) et la planification familiale (PF) étaient la responsabilité de tous les secteurs, personnes, et niveaux et tout spécialement le niveau de la communauté. Il est évident que le secteur de la santé ne peut pas le faire à lui seul et on doit donc profiter des points forts et des avantages de toutes les parties prenantes, le secteur privé, les ONG, l'éducation, la finance, l'information et la communication, les leaders traditionnels, les organisations de la société civile, les groupes organisés d'hommes et de femmes, les organismes religieux, les sociologues et les anthropologues, les jeunes et de nombreux autres.

Dans les remarques du Dr. Doyin Oluwole, de la Direction régionale de la santé (DRS) de l'OMS/AFRO et présentées par le Dr. George Melville, de l'OMS/Ghana, il soulignait que la PF était une composante essentielle des soins de santé primaires et de la sécurité de la maternité et qu'à ce jour, en Afrique sub-saharienne, les taux de prévalence de la contraception sont bas, ceux de la fécondité élevés, le ratio de mortalité maternelle est le plus élevé, et les besoins non satisfaits de la PF sont eux-aussi élevés. Avec seulement 10 pour cent des femmes du monde vivant en Afrique sub-saharienne, il confirmait l'observation du Professeur Akosa selon laquelle elles ont douze millions de grossesses non intentionnelles ou non planifiées par an et 40 pour cent de toutes les mortalités liées à la grossesse dans le monde.

Il observait que les statistiques montrent que l'Afrique sub-saharienne a les taux de mortalité et de morbidité les plus élevés dans le monde avec un tiers de tous les décès de femmes en âge de procréer qui résultent d'une complication de la grossesse ou de l'accouchement. Les grossesses d'adolescentes représentent une part significative de cette mortalité maternelle, alors que les complications des avortements, qui sont souvent liées à des grossesses non intentionnelles, sont aussi une des principales causes du taux élevé de mortalité maternelle. L'Afrique sub-saharienne doit aussi confronter des niveaux d'infection par le VIH des plus élevés dans le monde, surtout parmi les jeunes.

Il plaidait en faveur de la réduction des grossesses involontaires et non planifiées, affirmant que ceci apporterait une réduction significative de la mortalité maternelle. De nombreuses études ont montré que des intervalles plus longs entre les naissances réduisaient la mortalité maternelle et infantile et améliorait la nutrition de la mère et du nourrisson. La PF apporte aussi la valeur ajoutée d'aider à réduire les niveaux élevés de l'infection par le VIH.

Il s'ensuit que l'OMS/AFRO, en collaboration avec deux autres partenaires ont préparé un cadre de 10 ans pour repositionner la PF dans les services de la santé de la reproduction (SR) dans la région de l'Afrique. Selon lui, c'est là un pas important vers la réalisation du but international à savoir avoir plus accès à des services de SR de qualité, comme stipulé dans le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), la Plateforme d'action de Beijing et les Buts du Développement du Millénaire (BDM).

Il soulignait que les grandes interventions des dix années à venir seront centrées sur les activités de plaidoirie, mieux accéder à des services de PF de qualité et des produits de contraception modernes, renforcer les capacités humaines et institutionnelles, aborder les besoins en PF des populations vulnérables, la recherche opérationnelle et le suivi et l'évaluation. Il observait aussi que la PF est un bon point d'entrée pour l'intégration des services de SR et de la lutte préventive contre le VIH/SIDA et les MST.

Il déplorait le fait que les gouvernements, les décideurs politiques et les bailleurs de fonds portent très peu d'attention aux programmes de PF.

Il soulignait les problèmes que la PF devait affronter et en particulier : des systèmes de santé qui fonctionnent mal, le manque d'accès à des produits de PF modernes, l'instabilité et l'état de crise qui prévalent dans de nombreux pays, les croyances culturelles et les barrières religieuses, le fait que les hommes ne sont pas engagés, et une gestion et une coordination inefficace des programmes.

Le tableau ainsi brossé est que de nombreux pays africains sont minés par des problèmes liés à la pauvreté et à l'échec économique, et que l'instabilité politique, la guerre et les conflits armés et l'épidémie du VIH/SIDA ont réduit la capacité des femmes africaines d'affronter les problèmes quotidiens.

Il reconnaissait cependant que de nombreuses opportunités existent pour améliorer les programmes de PF, à savoir des partenariats mondiaux et régionaux avec les programmes nationaux de SR. Parmi ceux-ci, les nombreux services bénévoles de conseil et de testage pour le VIH/SIDA, des services sur les lieux du travail pour faciliter l'accès par les hommes et les femmes et des services communautaires.

En repositionnant la PF, il défendait la nécessité pour les pays de revoir les politiques sur la SR et les plans nationaux de développement pour y inclure la PF, établir des partenariats, coordonner les parties prenantes, mobiliser et allouer les ressources appropriées, garantir des services de qualité et veiller à ce qu'un personnel suffisant et compétent puisse gérer les services et les produits de la PF. Il déclarait que l'OMS et ses partenaires fourniront aux pays un soutien technique et des directives appropriées pour exécuter le repositionnement de la PF.

Il reconnaissait que la PF était une des stratégies les plus efficaces pour contribuer à la réalisation des Buts de Développement du Millénaire (BDM) liés à la santé des mères et des nourrissons en Afrique. C'est là une des approches stratégiques pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles, et pour améliorer la santé et le bien-être des femmes, des hommes et des jeunes.

Pour finir, il exprimait l'espoir que la PF deviendrait un sujet hautement prioritaire dans le programme de développement des pays respectifs et affirmait que le Bureau régional, avec ses partenaires, était prêt à soutenir les pays dans leurs efforts pour repositionner la PF, dans l'intérêt de la santé des familles qui sont le noyau de la société.

Dans sa déclaration, le Dr Kabba Joiner, Directeur général de l'Organisation Ouest-Africaine de la Santé (WAHO), notait toute l'importance des bons services de SR, qui comprennent aussi de solides programmes de PF, dans les programmes de santé dans la sous région. Les pays s'efforcent de faire face aux conséquences des taux élevés de croissance de la population sur l'économie et la santé, taux estimés en moyenne à 5 pour cent par an, et dont l'impact est plus prononcé dans les zones urbaines. Il reconnaissait aussi les conséquences néfastes de la mauvaise qualité des services de SR et de la PF et du fait qu'il est difficile d'accéder à ces services.

Par conséquent, les pays ne peuvent suivre le rythme des grandes augmentations des besoins de services sociaux – écoles, cliniques, professionnels bien formés, infrastructure, etc. - et aider les familles à éviter les grossesses et les naissances non intentionnelles réduira les besoins des ménages et du gouvernement et les dépenses pour ces services. Ceci contribuera à améliorer les moyens d'existence des femmes et la santé des familles qui pourront gagner plus et économiser plus, deux buts essentiels des plans d'éradication de la pauvreté.

Il décrivait les indices d'Afrique de l'Ouest comme étant très mauvais voire alarmants avec des moyennes de mortalité maternelle de 1.100 pour 100.000 naissances vivantes et des moyennes de mortalité infantile de 99 pour 1.000 naissances vivantes. Un des facteurs qui contribue à cette situation est le bas niveau de la PF et des services de SR existants avec des taux d'emploi de contraceptifs modernes inférieurs à 10 dans de nombreux pays. Les besoins non satisfaits de la PF sont élevés, d'environ 25 pour cent dans la sous région.

Il affirmait que le monde possède les ressources et les connaissances techniques requises pour changer cette situation et qu'il faut agir maintenant.

Changer ce tableau exigera de porter toute l'attention sur toute une série de questions concernant la demande et l'offre de services de PF abordables et de qualité et de travailler avec les leaders traditionnels, politiques et religieux pour créer un environnement favorable à l'espacement des naissances et à la planification des familles.

Il attirait l'attention sur un effort fondamental du programme de WAHO et ses partenaires pour assurer que les produits de la PF soient disponibles et que tous ceux qui en ont besoin puissent se les procurer. Il est clair qu'il y a une grave pénurie de produits de PF dans la sous région et qu'il s'agit là d'un besoin non satisfait.

Il mentionnait aussi les décisions des ministres de la santé de la région dans plusieurs tribunes. Par exemple, en octobre 2004, la cinquième assemblée des ministres de la santé de WAHO recommandait ce qui suit :

- Lorsqu'elle n'existe pas encore, les États membres devraient insérer une ligne budgétaire pour la SR dans leur budget national

- WAHO devrait commencer par créer un mécanisme pour des systèmes d'approvisionnement plus efficaces par les états membres, par un échange d'information au niveau de la région et un centre d'information sur les prix et les fournitures pour aider les pays à s'approvisionner.
- WAHO devrait convoquer une réunion de bailleurs de fonds dans la région en vue de mobiliser des ressources pour la sécurité des produits de la SR, y compris le développement et l'application d'une stratégie régionale pour la sécurité des produits.

Il informait la réunion que des mesures sont prises pour faire en sorte que ces recommandations deviennent opérationnelles.

Dans toutes ces activités, WAHO espère utiliser les avantages comparés de nos organisations partenaires pour renforcer la planification et la coordination de la stratégie d'allocation des ressources. WAHO espère aussi voir une augmentation durable de l'aide aux états membres de la CEEAO (Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest) pour les produits de la SR.

Il nous assurait que WAHO était prête et en bonne position pour mettre à profit cette initiative ainsi que d'autres pour promouvoir le programme du repositionnement de la PF. Nous occupons une position unique pour influencer les politiques de la santé et coordonner des interventions intégrées et durables en réponse aux principales préoccupations des états membres de la CEEAO en matière de santé.

Mary Carlin Yates, ambassadrice des États-Unis au Ghana faisait remarquer que le but de la conférence de repositionner la PF signifiait que cette planification n'est pas seulement un problème de santé, mais un problème qui a un impact sur le développement général d'un pays. Comme pour le VIH/SIDA et la pauvreté, les besoins non satisfaits de la PF constituent un problème urgent national et mondial.

Elle affirmait donc qu'il n'y aurait pas de concurrence entre la PF et les grands programmes de santé, tels que la nutrition et les vaccinations, et que chaque secteur du développement - et pas seulement le secteur de la santé – devrait reconnaître les conséquences démographiques des naissances non intentionnelles.

L'ambassadrice était aussi d'accord avec les présentations précédentes sur le fait que la PF était à la croisée des chemins dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest. L'attention des bailleurs de fonds et des gouvernements envers la PF a diminué, et le financement, dans de nombreux cas, a stagné, voire régressé.

Elle reconnaissait que, malgré ces tendances, certains pays, comme le Ghana, ont réussi à étendre les services de PF offerts à leurs citoyens. Malheureusement, le profil dans la sous région, y compris le Ghana, est uniforme : un faible taux d'utilisation des contraceptifs, une fécondité élevée, et des besoins non satisfaits élevés pour des services bénévoles de PF.

Elle réitérait les statistiques déprimantes selon lesquelles on avait enregistré près de 12 millions de grossesses non intentionnelles en Afrique de l'Ouest entre les années 1994 et 2000. La fécondité souhaitée dans la sous région est considérablement plus basse que la fécondité réelle, qui reste au niveau élevé de 5 à 7 enfants par femme dans la plupart des pays. Au niveau individuel, l'impact dévastateur de la fécondité involontaire est largement documenté. Les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles sont élevés. Des grossesses précoces et le grand nombre de filles qui quittent l'école sont des phénomènes courants et les familles sont incapables de nourrir et d'élever des enfants nés de grossesses trop rapprochées.

Elle notait que le Gouvernement des États-Unis, par le moyen de l'USAID et d'autres agences bi- et multilatérales, telles que le FNUAP et l'OMS, demandent de plus en plus de « repositionner la planification familiale ». Cela signifie que l'on reconnaît que la PF est un outil essentiel pour aider les pays à réaliser leurs aspirations nationales.

Elle affirmait qu'au Ghana, le taux de fécondité est descendu à 4,4 pour cent aujourd'hui, partant de 6,3 en 1980, qui est encore le taux actuel dans de nombreux pays. Alors qu'il y a encore des besoins importants et non satisfaits à pourvoir en matière de PF, si les citoyens du Ghana n'avaient pas opté pour des familles plus petites et des naissances plus espacées, la population du Ghana serait aujourd'hui plus grande, et le pays serait obligé de consacrer d'importantes ressources pour suivre le rythme de l'augmentation des besoins d'une population en croissance plus rapide.

Elle souhaitait que la conférence serve non seulement à souligner l'importance de la PF mais encore que les participants repartiront non pas comme des participants passifs mais comme des avocats publics actifs du besoin d'augmenter les services de SR dans leur pays et dans la sous région.

Dans son discours officiel d'ouverture en tant qu'invité d'honneur, le Major (retraité) Courage Quashigah, Ministre de la Santé du Ghana, exprimait sa certitude que le Ghana avait été choisi pour être l'hôte de la conférence pour exprimer la reconnaissance de l'appui politique du Gouvernement du Ghana à la PF et peut-être à ce qu'il décrivait comme étant « nos modestes accomplissements » face aux indicateurs de la PF dans la sous région.

Il reconnaissait que d'autres pays en Afrique de l'Est et Australe avaient fait de plus grands progrès dans la prévalence de l'utilisation des moyens de contraception, mais qu'il y avait aussi des défauts et des grands écarts tels que les besoins non satisfaits toujours élevés, et les problèmes causés par les rumeurs, les mythes, les fausses idées qui font que la peur des effets secondaires est la raison principale pour laquelle les méthodes modernes de la PF ne sont pas utilisées au Ghana.

Il posait un certain nombre de questions liées à :

- L'objectif réel de la planification familiale
- L'explosion de la population, l'éducation en vue de réduire la taille de la famille

- La planification familiale et la pauvreté
- La planification familiale et l'augmentation de l'espérance de vie
- La planification familiale est-elle la seule meilleure mesure du progrès économique et social?
- Si la planification familiale réduit la population, les riches seront-ils prêts à partager leur richesse avec les pauvres ?
- La planification familiale réduira-t-elle la faim ? Comment se fait-il alors qu'il y a encore aujourd'hui dans le monde quelque 800 millions de gens qui ont faim?
- Si les statistiques sont précises, au cours des quelques dernières années l'utilisation de méthodes modernes de contraception est passée à 19 pour cent et le taux total de fécondité a diminué jusqu'à 4,4 enfants par femme
- Avons-nous tenu compte de nos femmes analphabètes dans les villages les plus reculés dont les accouchements ne sont même pas enregistrés ?
- Avons nous pris en considération nos valeurs culturelles dans l'application des méthodes modernes de contraception ?

Il observait que les programmes de PF ont bénéficié dans le passé d'un soutien formidable de la part des bailleurs de fonds, mais qu'avec la réduction des ressources et la compétition avec de nombreuses autres priorités, les services de PF ont commencé à sentir les effets des contraintes qui pèsent sur les ressources et par conséquent menacent la sécurité des produits de la PF.

Il faisait référence au « cadre d'action accélérée pour repositionner la planification familiale dans les services de SR », de la Région de l'Afrique de l'OMS et prévu sur dix ans comme un moyen de susciter un surcroît d'intérêt et d'engagement dans ce domaine.

Il s'empressait d'ajouter que les Africains acceptent très rapidement tout ce qu'ils reçoivent du monde développé sans faire une analyse approfondie et notait que si l'Afrique voulait repositionner la PF elle devait s'atteler à la tâche.

Le Ministre informait la conférence que la planification familiale au Ghana était une stratégie majeure de programme dans la politique de la population de 1969, révisée en 1994 et qui est exécutée comme faisant intégralement partie des services de santé maternelle et infantile. Elle a aussi été identifiée comme intervention prioritaire dans la stratégie à moyen terme de la santé et que les documents et protocoles de politiques et normes nationales de SR couvrent aussi la PF.

La sécurité de la contraception a été prise très au sérieux à commencer par une conférence nationale en mai 2002, la création d'un comité de coordination inter-agences sur la sécurité de la contraception et la préparation et l'adoption d'une stratégie nationale de sécurité de la contraception qui couvre la période 2004-2010.

Il reconnaissait que la stratégie exigera un financement suffisant de la part du gouvernement et des partenaires du développement et que le gouvernement avait pris la tête en contribuant un montant annuel de 280.000 dollars depuis 2003 pour

l'acquisition de contraceptifs. Il a aussi utilisé les fonds de santé de la Banque mondiale pour combler l'écart de l'acquisition des contraceptifs au cas où la contribution des bailleurs de fonds diminuerait.

Par exemple, en 2004, les besoins pour financer les contraceptifs à l'exclusion du secteur commercial étaient de 6,4 millions de dollars. Ces besoins ont été couverts en utilisant 1,5 millions de dollars de la Banque mondiale et les 280.000 dollars du budget du gouvernement.

On dépend aussi beaucoup de partenaires du développement, tels que l'USAID et le DFID (Département pour le développement international [Royaume Uni]) et le FNUAP continue d'aider les arrangements d'acquisition de certains produits de contraception.

Il était d'opinion que si on veut « repositionner » la planification familiale, elle devra recevoir la même attention que la communauté mondiale porte au VIH/SIDA, à l'éradication de la pauvreté et à l'allègement de la dette. L'idée n'est pas de concurrencer d'autres efforts, mais de chercher des opportunités pour intégrer les activités et que les efforts soient synergiques.

Il est aussi nécessaire d'intégrer la PF dans des interventions autres que la santé afin de réaliser les buts et objectifs nationaux et internationaux de développement.

A cette fin, il soulignait que la réussite et les bénéfices de la PF ne se limitent pas au seul secteur de la santé mais à tous les secteurs de l'économie. On a donc besoin de plus d'activités de plaidoirie qui mèneront à l'action et au sentiment de propriété à tous les niveaux.

Son espoir était qu'avec les nombreux programmes réussis dans d'autres pays, la conférence offrirait une tribune pour un sérieux échange d'idées qui mènera pour finir à des stratégies et des actions concrètes, qui seront l'objet d'un suivi et deviendront la propriété de nos pays individuels.

## **2. INTERVENTION PRINCIPALE SUR LE REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST**

Le Dr. T.Sai, Conseiller du Président pour la population, la planification familiale, la SR et le VIH/SIDA au Ghana a présenté l'intervention principale à la Conférence sur « le Repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest »

Il a retracé l'histoire des programmes de PF en Afrique depuis les années 1960, depuis les activités cliniques à petite échelle au Libéria et au Ghana, en passant par le développement d'une politique nationale de population et de PF au Ghana dans les dernières années 1960 et le travail de promotion entrepris par Pathfinder, la FIPP et autres organisations non gouvernementales au Ghana par laquelle le message de la PF s'est répandu à travers toute l'Afrique et dans de nombreux autres pays. Ceci a mené à

la création d'organisations de planification familiale, en tant qu'ONG pour éduquer la population et fournir des services.

A la suite des conférences internationales sur les populations : à Bucarest en 1974, à Mexico City en 1984 et surtout au Caire en 1994, et à la suite de la publication par le FNUAP du «programme pour les populations», les gouvernements ont dû accepter la PF en tant que un sujet légitime du développement. En 1974, elle était reconnue comme « le droit des couples et des particuliers».

Il notait que les conférences semblaient avoir ouvert la question de la PF en créant la confiance dont les leaders politiques africains avaient besoin pour en discuter ouvertement et, dans la plupart des cas, encourager la préparation de politiques et de plans visant à incorporer la PF dans de nombreux programmes de santé. Mais il s'empressait d'ajouter que les réalisations et les résultats ne correspondaient pas à la rhétorique. Un facteur émerge parmi tous les autres : les leaders des pays et la communauté des bailleurs n'ont jamais publiquement reconnu qu'en Afrique subsaharienne, une proportion très élevée de femmes et d'hommes veulent des naissances mieux espacées, des familles plus petites et qu'on doit systématiquement porter l'attention sur leurs besoins non satisfaits et les placer en tête de leurs priorités pour atteindre les buts nationaux du développement. Il mentionnait que le taux de prévalence de la contraception (TPC) auprès des femmes mariées était considéré comme un des meilleurs indicateurs de la pratique de la PF par la communauté. Aujourd'hui, le Ghana a le taux d'utilisation de la contraception moderne le plus élevé de toute l'Afrique de l'Ouest : 19 à 20 pour cent. Aucun autre pays n'a un taux de prévalence supérieur à 10.

Il observait que le niveau généralement bas de développement – et l'Afrique étant la dernière pour chaque grand indicateur, et en particulier, le niveau élevé de la pauvreté, les bas niveaux d'une éducation de qualité et le très bas niveau d'accès même à des services de santé médiocres – expliquent en partie la faible utilisation des contraceptifs. Ceci s'aggrave encore du fait que les leaders politiques et autres sont lents ou même refusent d'accepter la PF en tant que besoin légitime du développement.

De plus, l'appui financier local est insuffisant et inégal et, lorsque le financement est bon, les programmes ont tendance à être monovalents et verticaux. Le manque de personnel compétent est souvent une majeure contrainte aux programmes. Certains leaders, qui devraient savoir mieux, considèrent parfois et projettent la PF comme étant imposée de l'extérieur et quelque chose dont les familles africaines n'ont pas besoin.

Il est cependant vrai que la PF, comme l'espacement des naissances l'a prouvé, est un outil puissant pour la réduction de la mortalité des nouveaux-nés et des enfants en bas âge. Il reconnaissait que la PF, pour l'espacement des naissances, a été pratiquée par les sociétés africaines traditionnelles depuis très longtemps. Certaines méthodes coutumières, telles que la séparation géographique et la prolongation de l'allaitement sont encore des pratiques courantes, comme l'est l'utilisation de certaines herbes. La polygynie est aussi largement acceptée.

Abordant la question des besoins non satisfaits, le Professeur Sai disait que les études sur la taille idéale des familles prouvaient que les individus et les couples avaient réellement besoin de la PF et appliqueraient ses méthodes s'ils pouvaient se procurer les produits et si les méthodes d'acquisition étaient acceptables. La présence de niveaux si élevés de besoins non satisfaits est une puissante accusation du fait que les programmes de PF sont soit inexistants ou ne répondent pas aux droits des gens comme recommandé par l'opinion générale internationale.

Il se référait aux « besoins non satisfaits de PF » selon leur étroite définition des enquêtes de démographie et de santé pour essayer d'évaluer le nombre de clients potentiels. Il est défini comme étant le nombre de femmes en âge de procréer qui déclarent ne plus vouloir d'enfants, ou qu'elles veulent attendre un certain nombre d'années avant d'avoir un autre enfant mais qui n'utilisent aucun moyen de contraception pour réaliser leur souhait.

Il observait que, souvent, les besoins non satisfaits sont liés à la disponibilité, l'accessibilité ou la qualité des services. Ils peuvent aussi provenir de croyances mythiques sur la sécurité et l'efficacité des méthodes. Si la définition était étendue pour inclure les femmes utilisant les méthodes traditionnelles parce qu'elles s'ont pas accès aux méthodes modernes et aux femmes en aménorrhée qui veulent espacer ou limiter les grossesses, le volume des besoins non satisfaits augmenterait de façon substantielle.

Il soulignait les récentes en Afrique de l'Ouest qui prouvaient l'existence de niveaux élevés de besoins non satisfaits. Au Ghana, au Sénégal et au Togo, ils dépassent les 30 pour cent. Dans six autres pays, le Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée et Mali, les besoins non satisfaits connus sont de 20 à 30 pour cent. Au Niger et au Nigeria, les besoins sont de 17 et 16 pour cent respectivement. Au Tchad, 10 pour cent seulement auraient des besoins non satisfaits, mais même pour 10 pour cent, lorsque le taux de prévalence des contraceptifs est inférieur à 10, on doit accepter le fait que la PF n'atteint pas une proportion substantielle de gens qui en ressentent le besoin.

Il observait que la fécondité « voulue », calculée selon la question de savoir si la dernière naissance était souhaitée, différait de la « taille idéale de la famille », qui est une question séparée. Selon certaines observations de l'enquête de démographie et de santé, une majorité de pays en Afrique sub-saharienne – et un grand nombre d'entre eux ont un taux total de fécondité parmi les plus bas de la région – souhaitaient en réalité avoir des familles plus grandes que celles indiquées par le taux de fécondité.

Au Ghana, cette situation idéale est passée de 6,1 en 1979/80 à 5,3-5,5 en 1988 et à 4,7-4,4 en 1993 et oscille depuis entre 4,4 et 4,1.

Sur les conséquences des besoins non satisfaits, le Professeur Sai suggérait que les niveaux individuel et familial sont le résultat le plus évident des besoins de PF non satisfaits, représentés par un taux élevé de grossesses involontaires, non planifiées et

non intentionnelles. Un grand nombre de ces grossesses auraient pu aboutir à un avortement à risque et contribuer à la mortalité maternelle. L'Afrique a le taux de mortalité maternelle le plus élevé dans le monde et ces taux sont une mesure des grossesses involontaires.

La contribution des accouchements d'adolescentes et de « mères non mariées » au taux national des naissances est aussi un indicateur raisonnable de l'absence ou d'un mauvais accès à la PF. Les deux sont très élevés en Afrique de l'Ouest. Bien que le taux de naissances de mères adolescentes ait diminué au Ghana, l'enquête de démographie et de santé du Ghana a trouvé que 14 pour cent des adolescentes avaient commencé à avoir des enfants.

De même, le prix humain, à savoir les décès, la mauvaise santé physique, les décès et l'invalidité des mères, les taux élevés de mortalité des enfants et le fait de compromettre le développement économique et social futur, pourraient tous être le résultat des besoins non satisfaits de la gestion de la fécondité.

De plus, les grossesses non intentionnelles aideraient à aviver les taux déjà élevés de croissance de la population en Afrique de l'Ouest. Avec des taux dépassant 2,5 pour cent par an une telle croissance sape les objectifs du développement national et les empêche de se réaliser.

Il révélait qu'une récente étude de Population Action International (PAI) prouvait aussi le lien important entre les réalités démographiques, la sécurité nationale et les conflits locaux. Les pays avec une large proportion d'enfants et de jeunes adultes ont tendance à avoir plus de conflits et moins de sécurité.

Il affirmait que tout en réalisant un développement équitable, en particulier une éducation de qualité et une certaine sécurité du revenu et surtout pour les femmes, et qui aide à créer une demande plus élevée pour la gestion de la fécondité, on ne doit pas oublier que le besoin de naissances mieux espacées et de familles moins nombreuses existe déjà et que cette demande doit être satisfaite par de bons services de PF. Deuxièmement, on a des preuves suffisantes que la satisfaction d'un besoin non satisfait de PF qui réduirait la fécondité non intentionnelle peut, même dans de très mauvaises conditions, contribuer de façon substantielle aux programmes de développement.

En parlant en faveur de la PF, il opinait qu'il faudrait lui accorder une priorité beaucoup plus élevée dans les concepts de développement qu'à l'heure actuelle ; ceci parce qu'il a été prouvé que la PF est une des interventions de développement les plus importantes et les plus rentables.

Une meilleure PF signifie des niveaux plus bas de grossesses non planifiées et d'avortements à risques et donc une baisse de la mortalité maternelle.

Un meilleur espacement des naissances améliore les statistiques de la mortalité et des maladies des nouveaux-nés et des jeunes enfants. Les études montrent que les enfants nés avec un écart de deux années ou plus survivent mieux que ceux qui sont moins espacés.

La PF contribue à la santé par de nombreux autres moyens et certaines technologies ont des bénéfices pour la santé que l'on peut considérer comme une prime, comme par exemple la diminution de l'anémie parmi les utilisatrices de la pilule.

La PF apporte une contribution majeure à l'amélioration du statut des femmes en leur permettant de planifier leur vie et de poursuivre leurs propres aspirations avec confiance.

Les changements démographiques obtenus en réduisant la fécondité involontaire par les programmes de PF pourraient offrir des bénéfices socioéconomiques. La réduction des dépenses sociales et la libération de fonds nationaux vers d'autres investissements en sont des exemples évidents.

Mais par dessus tout, la PF a maintenant été acceptée comme « le droit des couples et des particuliers ».

Il exprimait la crainte que la PF perdait du terrain, et en pente raide dans certains pays. Même la communauté des bailleurs de fonds donnait, jusque récemment, des signes de fatigue et réduisait ses contributions au programme.

Identifiant les raisons du déclin de l'intérêt et de l'appui envers la PF, le Professeur Sai notait que c'était moins un problème dans les pays plus avancés où elle est acceptée comme faisant normalement partie des services de santé et autres services sociaux. Deuxièmement, les programmes ont eu un succès relatif dans les pays d'Asie et on s'attend à ce que les autres pays suivent. Troisièmement, la PF est considérée comme neutre.

L'épidémie du VIH/SIDA, dont l'envergure avait été imprévisible, a suscité une réaction humaine colossale. Elle s'est placée au centre de la pensée du développement de la santé en général et de la SR en particulier. Certains fonds qui auraient pu être consacrés à la PF ont été alloués à la lutte contre le VIH/SIDA.

La Déclaration du Sommet de l'an 2000 et les BDM n'ont pas fait de référence spécifique aux buts de la SR, ce qui signifiait un rejet ou tout au moins une minimisation de l'importance du programme d'action du Caire.

Il suggérait que le domaine du développement est tellement lié aux BDM qu'il est impératif de trouver un moyen d'y inclure les objectifs les plus importants de la SR (l'accès et l'utilisation de la contraception, la réduction des grossesses non intentionnelles, involontaires et mal préparées).

Un des moyens d'aider à ce processus est pour les personnes concernées, de repositionner la PF et monter au monde son importance et les promesses qu'elle offre pour aider à atteindre les autres buts. Le système des Nations Unies dans son ensemble et la communauté des bailleurs de fonds doivent aider à redresser cette situation. Le groupe des 77 porte une responsabilité particulière et il faudra travailler très dur pour changer la position vacillante vis-à-vis de la PF.

Il notait que le Premier Ministre du Royaume Uni avait créé la Commission pour l'Afrique et qu'on attendait d'elle de placer l'Afrique au sommet du programme international de développement. De plus, le DFID fait preuve de sensibilité à l'égard de la santé sexuelle et de la reproduction. Il affirmait que, grâce au Royaume Uni, l'Afrique pourrait trouver une grande ouverture pour placer la SR parmi les priorités importantes du développement international et aider ainsi à augmenter le financement du repositionnement de la PF.

En venant repositionner la PF, il était en faveur de revoir le concept en s'efforçant de comprendre les défauts de la programmation et les écarts socioculturels et de leadership qui sont à la base de l'échec concernant les besoins non satisfaits.

A ce propos il faisait un certain nombre de suggestions :

1. Le leadership politique. Les leaders au niveau le plus élevé doivent s'identifier en permanence avec les politiques et programmes concernés pour faire que la PF soit une ligne budgétaire prioritaire tout comme c'est le cas pour le VIH/SIDA et l'éradication de la pauvreté.
2. On devra développer des politiques globales et les traduire en actes.
3. Les politiques et programmes doivent être entièrement internalisées et considérées par les populations participantes comme leur propriété.
4. En étant plus globales, les politiques et programmes feront plus attention à la création de la demande et aux questions d'approvisionnement ainsi qu'à d'autres besoins du développement.
5. Les questions technologiques telles que la combinaison des méthodes sont très importantes.
6. L'exclusion de méthodes pour des raisons idéologiques ou politiques est inacceptable et des méthodes telles que la contraception d'urgence doivent être disponibles.
7. Les soins après avortement doivent faire partie de tous les programmes de PF, et, tout en restant dans les limites des lois nationales, des services de sécurité de l'avortement doivent être fournis.
8. Il importe que l'accès à la PF soit aisé et confortable. Ceci inclut l'accessibilité géographique, sociale, culturelle et financière.
9. La plaidoirie basée sur les faits est très importante et on fera appel à des clients satisfaits comme témoins et avocats de la cause.
10. Les méthodes et stratégies appropriées de communication sont importantes pour que le changement soit durable. Celles-ci doivent inclure toutes les possibilités y compris les méthodes de communications traditionnelles.

11. Des efforts spéciaux sont nécessaires pour assurer la participation pratique des hommes.
12. On portera toute l'attention sur les jeunes et les possibilités de les faire participer à tous les niveaux du programme, en particulier en prévoyant des programmes séparés pour les jeunes.
13. Un flux de ressources financières suffisant et fiable.
14. La présence d'un personnel formé et fiable à tous les niveaux.
15. Le maintien de partenariats stratégiques entre le programme et les ONG.
16. Un système de suivi et d'évaluation qui fournit un feed-back dans la planification et l'exécution du programme.

Le Professeur Sai suggérait une forte action pour que les leaders politiques renouvellent leur engagement non seulement pour atteindre les BDM, mais aussi envers la mise en route la plus complète possible du Plan d'action de la CIPD. Ceci signifierait :

- Le développement de politiques intégrées pour des programmes de santé et de droits sexuels et de la reproduction
- La déclaration de buts explicites en matière de sexe, reproduction et PF dans tous les documents de stratégie et de programmes d'allègement de la pauvreté
- Une approche décentralisée à la planification et à l'exécution des programmes
- Ces programmes devraient porter toute l'attention voulue aux besoins spéciaux et aux rôles des jeunes et faire en sorte que les hommes soient des partenaires à part entière
- Toute l'attention voulue dans l'exécution devrait être portée aux réalités juridiques, religieuses et culturelles des différentes communautés
- Alors qu'un leader puisse être un leader *de jure* du programme, il/elle doit être soutenu(e) par un leader *de facto* qui pourrait venir d'une des agences techniques, comme la santé ou la condition féminine.
- Il faut prendre des dispositions pour coordonner et intégrer les programmes VIH/SIDA avec les activités de PF et de SR.
- Les programmes doivent avoir de solides ressources financières et avoir un personnel local bien formé.
- Les fonds des bailleurs de fonds doivent être bien reçus et utilisés efficacement.
- Les lois et règlements qui gênent l'expansion des programmes aux zones et aux groupes difficiles à atteindre doivent être révisés.
- On évitera l'utilisation à outrance des médicaments dans la PF.
- Tous les programmes doivent inclure des programmes de recherche qui traitent des sciences sociales et des questions biomédicales.
- Un système bien conçu de suivi et d'évaluation doit être développé et devenir fonctionnel.

Il concluait en affirmant qu'il était temps que les informations et les services de PF de qualité soient à la disposition et d'accès facile aux millions de citoyens qui ont un besoin exprimé et non satisfait de planification familiale.

### **3. PREMIERE SESSION PLÉNIERE : QUE DEVONS NOUS SAVOIR SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE DE L'OUEST**

Les membres du panel pour cette session étaient :

**Le Dr. Richard Turkson, ancien Directeur, Conseil national de la population du Ghana: *Evolution de la PF: 1964-2004***

**Le Dr. Justin Tossou, *The Futures Group*, Bénin: *Les schémas d'utilisation***

**Le Dr. Kadidiatou Maikibi, *The Futures Group*, Niger: *L'écart de la "préférence" : ce que veulent les femmes et les hommes***

**Le Dr. Timothee Gandaho, Directeur exécutif, *Partners in Population & Development*: *Qui sont ceux qui "ont besoin"? : Une analyse secondaire de l'enquête de démographie et de santé***

Pour plus de détails sur les données présentées, on peut se référer aux présentations

#### **A. Le Dr. Richard Turkson, ancien Directeur, Conseil national de la population du Ghana: *Evolution de la PF: 1964-2004***

Les principaux sujets de sa présentation étaient les suivants :

Dans les années d'avant 1960, la planification familiale moderne n'existait pas en Afrique de l'Ouest et en Afrique francophone il y avait la loi anti-contraception de 1920.

La période 1960-1970 a vu :

- Certains changements commençaient à voir le jour
- Quelques pays adoptaient des politiques officielles des gouvernements
- Dans d'autres, on percevait un problème de sous peuplement

La période 1980-1990 a été le témoin de :

- Une régression dans les gains économiques des années 1970
- Des taux élevés de croissance de la population
- L'amélioration de la crédibilité de la PF

Les années 1990 ont été les témoins d'une élévation des attentes :

- La PF est considérée comme faisant intégralement partie du développement socioéconomique et qui contribue à la qualité de la santé
- Des réunions régionales préparatoires produisent la Déclaration de DAKAR-NGOR
- Réaffirmation de la Déclaration d'Arusha

- La Conférence Internationale historique CIPD, Le Caire 1994 et le Programme d'action de 20 ans
- La reconnaissance dans le monde de la PF comme un droit humain

Dix ans après :

- Certains signes indiquent que le monde commence à prendre conscience
- Ceci a conduit à des changements significatifs dans les positions et attitudes officielles envers la PF
- Même s'il y a encore des grands problèmes, la PF/SR sont un élément central du développement et de la réalisation des BDM

Parmi les problèmes actuels, se trouve le besoin de :

- Renforcer les programmes de PF, étendre la couverture dans les zones rurales et améliorer l'accès aux services de santé de base
- Faire la vulgarisation au sein de la communauté
- L'expansion c'est-à-dire l'amélioration de la logistique ainsi que la fourniture des produits et la mobilisation des ressources
- Une révision approfondie des lois, politiques, règlements administratifs et pratiques socioculturelles liés aux services de SR.
- Etablir des partenariats et des collaborations plus solides.

Il concluait en disant que :

- Le programme d'action de la CIPD doit être sans cesse expliqué, encouragé et défendu
- Il faut plus d'efforts de plaidoirie pour que les sujets concernés restent d'actualité
- Il faut continuer à faire participer les hommes, étendre l'envergure et la couverture de ces programmes
- Continuer la recherche et conclure au sujet des méthodes combinées, par exemple, celles qui concernent les hommes
- Continuer à mobiliser les ressources car c'est un élément crucial de la réussite.

### **B. Le Dr. Justin Tossou, The Futures Group, Bénin : *Les schémas d'utilisation***

Les principaux sujets de sa présentation étaient les suivants :

La PF semble être une des grandes composantes de la lutte pour la survie parce que son coût est minime, elle sauve des vies et contribue à une réduction significative de la pauvreté et du dénuement.

Dans le monde en voie de développement, l'utilisation des contraceptifs concerne le plus souvent les femmes mariées entre 15 et 49 ans. L'utilisation des contraceptifs est faible pour les femmes âgées de 15 à 19 ans, elle est à son maximum entre 30 et 39 ans, puis elle diminue à nouveau.

La parité augmente avec le nombre d'enfants qui sont vivants.

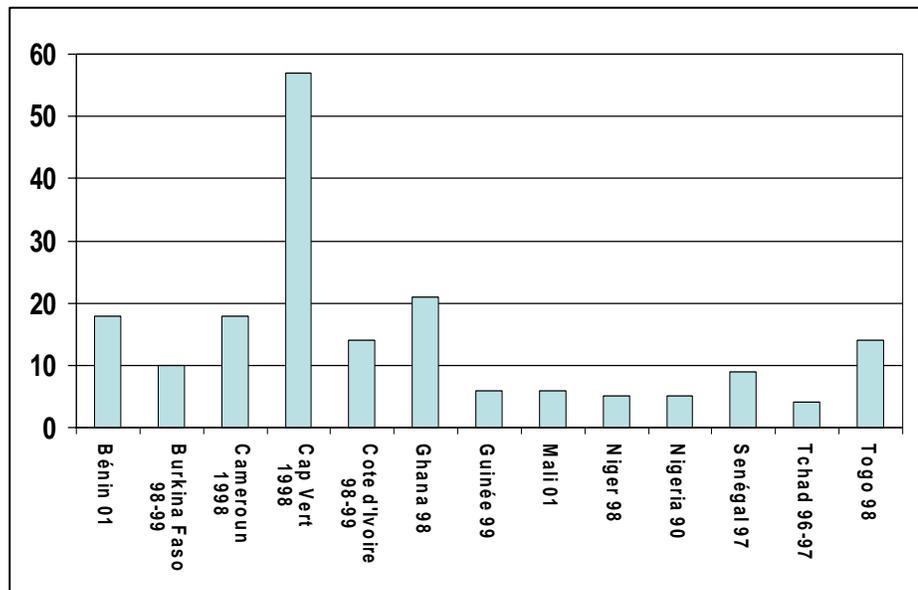
L'utilisation des contraceptifs est étroitement liée à l'éducation

D'une façon générale, la tendance est plus urbaine que rurale

La connaissance des sources d'approvisionnement varie beaucoup dans les pays de l'Afrique de l'Ouest.

Dans certains pays il y a un grand écart entre la connaissance d'une méthode et le lieu où on peut l'obtenir. C'est le cas du Burkina Faso, du Niger et du Sénégal.

### Prévalence de la contraception parmi les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans: pays du projet Aware



Les méthodes utilisées varient beaucoup selon les pays et l'utilisation dépend de plusieurs facteurs tels que :

- L'éventail des méthodes disponibles
- Le niveau de sensibilisation
- Le coût
- L'accessibilité géographique
- Les facteurs sociaux

Les méthodes modernes qui sont actuellement utilisées en Afrique de l'Ouest sont les pilules, les produits injectables, les produits d'implantation, le stérilet et le préservatif pour les hommes.

Les méthodes traditionnelles comprennent l'abstinence périodique, le retrait, l'aménorrhée durant l'allaitement et l'abstinence prolongée.

Les résultats montrent que les taux de fécondité ont commencé à diminuer dans tous les pays de l'Afrique de l'Ouest sauf au Mali et au Niger. La diminution est encore trop faible par rapport à d'autres régions du monde. Cette tendance est due à certains

facteurs directs, et dans notre région les facteurs les plus importants sont la faible utilisation de la contraception et l'âge du mariage.

Parmi les résultats :

- Des facteurs indirects
- Une forte demande pour des grandes familles
- Le bas niveau de l'économie
- Des niveaux élevés et persistants de mortalité des enfants et des adolescents
- Le refus de certains gouvernements passés d'exécuter les programmes de PF
- Les conflits internes dans certains pays

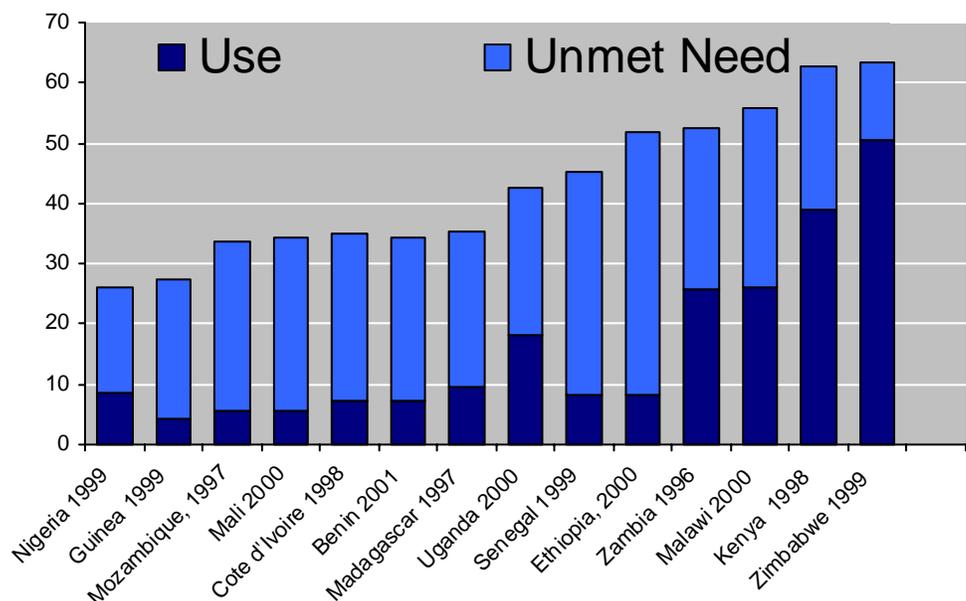
**C. Le Dr. Kadidiatou Maikibi, The Futures Group, Niger:**  
*L'écart de la "Préférence" : ce que veulent les femmes et les hommes*

Les principaux sujets présentés sont les suivants :

Ce qui est intéressant dans la PF : l'allaitement, le désir d'espacer les naissances, le désir d'utiliser les méthodes modernes de contraception, les grossesses involontaires, l'avortement, la réduction de la fécondité.

Il y a un grand désir parmi les hommes et les femmes d'espacer les naissances et beaucoup manifestent l'intention d'utiliser la contraception, mais on observe encore des niveaux élevés de grossesses non intentionnelles et d'avortements. Un écart existe entre la fécondité désirée et la fécondité réelle dans la région.

Les besoins non satisfaits sont définis par les femmes qui souhaitent espacer ou limiter les naissances et le fait qu'elles ont ou n'ont pas les moyens de satisfaire à ce souhait. Les « besoins non satisfaits » proviennent de femmes fécondes qui sont



sexuellement actives et n'utilisent aucun moyen de contraception mais souhaiteraient espacer les naissances d'au moins deux ans et de les limiter.

Parmi les autres catégories de besoins non satisfaits :

Les femmes fécondes qui sont sexuellement actives et utilisent des méthodes traditionnelles (auxquelles on ne peut se fier) et qui n'ont pas accès aux méthodes modernes.

Des femmes qui utilisent une méthode de contraception mais l'abandonneraient probablement à tout moment pour diverses raisons, soit par choix soit à cause de problèmes de convenance.

Les femmes qui sont en aménorrhée après un accouchement et dont la précédente grossesse avait été souhaitée et qui veulent attendre deux ans avant une nouvelle grossesse.

Si ces femmes sont incluses, les besoins non satisfaits en Afrique sub-saharienne passent de 26 à 43 pour cent.

Les besoins non satisfaits ont pour conséquence des grossesses non espacées, des grossesses à haut risque (avortements, décès, morbidité, effets secondaires) et un taux accru de la croissance de la population.

La satisfaction des besoins offre les bénéfices suivants :

- L'amélioration de la santé des mères et des enfants
- L'impact sur les grossesses à très haut risque qui aboutissent à un décès
- L'impact sur la morbidité
- L'impact sur la souffrance
  - Au niveau individuel
  - Au niveau de la famille et de l'administration locale
  - Au niveau national
- Les efforts de développement sont durables et les objectifs nationaux et les BDM sont atteints
- Les droits à la santé de la reproduction sont aussi atteints

**D. Le Dr. Timothee Gandaho, Directeur exécutif, Partners in Population & Development:**  
***Qui sont ceux qui "ont besoin"? : Une analyse secondaire de l'enquête de démographie et de santé***

Les principaux sujets et données présentés étaient les suivants :

Les besoins non satisfaits sont élevés dans la région dans les zones urbaines comme dans les zones rurales. Les besoins non satisfaits pour *espacer* les naissances sont élevés au début du cycle de l'âge de la reproduction (15 à 20 ans) et les besoins non satisfaits pour *limiter* les naissances sont élevés vers la fin du cycle de l'âge de la reproduction (40 à 49 ans). La plupart des femmes dont les besoins ne sont pas satisfaits ont l'intention d'utiliser la contraception dans l'avenir. Discuter de la planification familiale avec le partenaire influe sur l'intention future de l'appliquer. Les craintes d'effets secondaires et sur la santé contribuent beaucoup au fait que les femmes avec des besoins non satisfaits n'utilisent pas la contraception.

Il concluait en disant que :

- Il existe des preuves certaines qu'il y a en Afrique de l'Ouest un niveau élevé de besoins non satisfaits de PF
- Il existe une information considérable sur les caractéristiques, intentions et préférences des femmes qui ont des besoins non satisfaits de PF
- Ces caractéristiques diffèrent d'un pays à l'autre
- De nombreux obstacles liés aux besoins non satisfaits peuvent être levés à l'aide de politiques, stratégies et programmes utilisant l'information existante sur les besoins non satisfaits.

## **SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES PRINCIPAUX SUJETS**

Les principaux sujets discutés étaient les suivants :

- Est-ce que ce sont les femmes ayant des besoins non satisfaits qui essaient de lancer la discussion sur la PF. La question est de savoir si elles ont le courage d'en discuter avec leur partenaire. Lorsque les deux partenaires participent, la décision en est d'autant plus facile.
- Le taux d'avortement est élevé avec des conséquences graves et on aura besoin de contraceptifs d'urgence.

### **4. DEUXIEME SESSION PLÉNIERE : « POURQUOI EXISTE-T-IL UN ÉCART ENTRE LES *BESOINS EXPRIMÉS* ET *L'UTILISATION* DE LA PLANIFICATION FAMILIALE**

Les membres du panel pour cette session étaient les suivants

**Le Dr. Oluwole Akande, Président de séance, Groupe de travail sur la santé de la reproduction – *L'écart du programme: le besoin par rapport à la couverture, l'accès et la qualité***

**Le Dr. Christine Naré, Sociologue/ Spécialiste des relations entre les sexes – *L'écart socio-culturel: Connaissances, attitudes et pratiques de la PF***

**M. Moustapha Ka, ancien Vice Président de l'Assemblée Nationale du Sénégal –  
*L'écart du leadership: engagement, cadre juridique et politique, allocation des ressources***

Pour plus de détails, se référer aux présentations.

**A. Le Dr. Oluwole Akande, Président de séance, Groupe de travail sur la santé de la reproduction :**

***L'écart du programme: le besoin par rapport à la couverture, l'accès et la qualité***

Les principaux sujets de la présentation étaient les suivants :

Le taux de prévalence de la contraception (TPC) est bas et l'Indice synthétique de fécondité (ISF) est élevé en Afrique de l'Ouest

Les facteurs des programmes qui contribuent aux besoins non satisfaits de PF en Afrique de l'Ouest

Les défauts dans le financement des produits et leurs conséquences

L'inégalité dans l'accès aux services de PF entre les riches et les pauvres

Les effets négatifs des programmes de PF verticaux

L'éventail limité du choix des contraceptifs

Un mauvais accès géographique ou financier

Des services de mauvaise qualité

Les préjugés des pourvoyeurs

Une participation limitée de la communauté et une mauvaise couverture des zones rurales

La présentation s'achevait avec les recommandations suivantes :

- Pour que la PF puisse progresser de façon satisfaisante en Afrique de l'Ouest, une action stratégique et bien ciblée sera nécessaire.
- On a besoin que les directeurs de programmes définissent les priorités dans les questions programmatiques qui empêchent les programmes de réussir et on doit prendre des mesures stratégiques pour maximiser les résultats.

- Les gouvernements, bailleurs de fonds et ONG doivent éliminer les droits d'usagers (ou les droits minimaux) et promouvoir les modèles qui aident les plus pauvres à avoir accès aux services de PF.
- Les programmes doivent se concentrer sur l'intégration des services VIH/SIDA dans la SR/PF et la PF dans les programmes de VIH/SIDA

Les gouvernements doivent s'efforcer d'aligner leurs programmes avec leurs plans des BDM et veiller à ce qu'en 2015 tous les établissements de soins de santé primaires et de PF puissent fournir, directement ou par référence, le plus large éventail réalisable de soins de santé tels que :

- Une planification familiale et des méthodes de contraception sûres et efficaces
- Les soins obstétricaux essentiels
- La prévention et la gestion des infections des voies de la reproduction, en particulier les maladies sexuellement transmissibles
- Les méthodes barrières tels que les préservatifs hommes et femmes et les microbicides pour prévenir les infections et les grossesses involontaires

**B. Le Dr. Christine Naré, Sociologue/ Spécialiste des relations entre les sexes :**

***L'écart socio-culturel: Connaissances, attitudes et pratiques de la PF***

Les principaux sujets présentés par le Dr. Naré étaient les suivants :

- Les femmes et les hommes sont conscient des méthodes modernes de contraception, mais ne les utilisent pas
- Les femmes veulent espacer ou limiter les naissances mais n'utilisent pas les méthodes modernes de contraception.

Cette situation doit être comprise à la lumière du contexte social et culturel de la reproduction en Afrique et de son impact sur les besoins de la PF.

Le cadre social et culturel de la reproduction en Afrique a tendance à promouvoir l'existence de grandes familles.

Le contexte socioculturel lié aux besoins non satisfaits comprend les éléments suivants :

- Les facteurs économiques – les coûts et les coûts cachés (contraintes de temps) pour les femmes et les croyances et les rumeurs concernant les méthodes, en particulier la crainte d'une stérilité ultérieure
- Les facteurs religieux – la PF non naturelle est interdite par l'Église, et la religion islamique est plus tolérante et en faveur de l'utilisation de méthodes de contraception dans les limites du mariage (sauf pour certains groupes islamiques)
- Les normes sociales en termes de sexualité

- D'autres normes sociales –l'image négative des femmes qui utilisent la contraception et selon laquelle elles n'assument pas le rôle primaire de la femme qui est d'avoir des enfants
- L'abstinence après accouchement de la part de la femme comme mécanisme traditionnel pour la régularisation des naissances, des tabous entourant l'allaitement (l'allaitement est incompatible avec les relations sexuelles), etc.
- Pour la plupart des femmes, l'utilisation d'une méthode moderne de contraception est avant tout un acte social qui exige l'approbation ou le soutien du partenaire et d'autres membres de la famille qui ont de l'influence (les belles-mères)
- Pour les femmes dans les communautés rurales ou celles qui ne sont pas économiquement indépendantes, l'approbation du partenaire (l'époux) est inévitable.

Les implications pour la programmation sont les suivantes :

- Adopter une approche participative pour l'exécution des programmes de PF, exiger l'appui de la communauté, du mari et des leaders comme composante de tous les programmes de PF
- Accorder une priorité élevée à la mobilisation sociale des leaders et des membres de la communauté surtout pour les questions de PF des adolescents
- Les hommes doivent être spécifiquement ciblés
- Centrer les interventions sur les femmes et les adolescents qui ont des besoins non satisfaits
- Centrer les interventions sur la période post-natale et suggérer des méthodes appropriées de contraception ; préparer des messages pour promouvoir l'utilisation de la contraception et la reprise des relations sexuelles pendant les périodes post-natales et d'allaitement
- Les enquêtes ont montré que lorsque les femmes participent aux prises de décisions dans la maison, il y a plus de chances qu'elles utilisent la contraception
- Lorsque les femmes gagnent de l'argent et contribuent financièrement à la gestion du ménage, elles participent aussi aux prises de décisions
- Une solution possible : améliorer le statut des femmes et des jeunes filles en intégrant leurs activités économiques dans les programmes de PF
- Les enquêtes ont montré que la croyance en son efficacité personnelle et l'amour-propre parmi les adolescents élève la capacité de chercher et d'utiliser les contraceptifs, encourage les programmes visant les aptitudes vitales en mettant l'accent sur l'amour-propre et l'efficacité personnelle.

**C. M. Moustapha Ka, ancien Vice Président de l'Assemblée Nationale du Sénégal :**

***L'écart du leadership: engagement, cadre juridique et politique, allocation des ressources***

Les sujets principaux de la présentation sont les suivants :

L'identification d'un certain nombre d'engagements pris par les gouvernements, en particulier :

- 1994 - Programme d'action du Caire (CIPD)
- 1997 – Programme d'action de Ouagadougou
- 1997 – Stratégie de la santé de la reproduction pour la région de l'Afrique (OMS AFR/RC47/8)
- 2003 – Stratégie de la santé pour les femmes (OMS AFR/RC53/11)
- 2004 – Cadre du repositionnement de la planification familiale (OMS AFR/RC54/11 Révision 1)
- Les lois, politiques et stratégies nationales

L'identification des gens en position de leaders et qui comprennent diverses personnes et institutions des secteurs public et privé.

- Aux niveaux national, régional, des districts et locaux
- Ceux qui déterminent les politiques, contrôlent les ressources et ont de l'influence sur les pratiques socioculturelles
- Dans les législatures et les ministères de la santé, du plan, des finances, de l'éducation, de la condition féminine, etc.
- Dans la société civile, en particulier les ONG, les institutions religieuses, les entreprises et autres.

Il faisait remarquer que les leaders peuvent faire un certain nombre de choses pour s'occuper des besoins non satisfaits de la PF dans les stratégies de développement, et en particulier :

- Renforcer les politiques, la planification et les procédures budgétaires
- Mettre en place des partenariats publics – privés
- Tirer les leçons d'efforts faits dans d'autres domaines

## **SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES**

### **PRINCIPAUX SUJETS**

Les principaux sujets discutés étaient les suivants:

- Le secteur privé a un rôle crucial à jouer pour resserrer l'écart entre l'offre et la demande de produits et services de PF. Le gouvernement donne la direction politique et fait le suivi et l'évaluation. Le secteur privé devrait se trouver au volant.
- Les femmes ne doivent pas être les seules utilisatrices de la contraception. C'est une question collective mais on observe que les pourvoyeurs s'accordent sur le fait que les femmes doivent consulter leur partenaire. La participation des hommes doit être sérieusement prise en considération.
- Aucune barrière ne devrait se trouver sur la voie des femmes. La polygamie peut produire de grandes familles. Les femmes veulent aussi satisfaire les besoins de leur mari. On doit se pencher sur la réduction de la taille des familles.

- La question de la polygamie en tant que barrière à la PF doit faire l'objet de réflexions et de discussions plus approfondies. Certains leaders traditionnels disent qu'ils aiment la PF mais ils sont la minorité et c'est l'opinion de la majorité qui domine.
- De grands efforts de programmation doivent être faits pour améliorer la vie sexuelle et de la reproduction en Afrique de l'Ouest. Il y a une absence de connaissance. La majorité des jeunes ignorent les processus de la sexualité et ce qui produit la grossesse. Les jeunes doivent être responsabilisés par le moyen d'une information pertinente.
- Il faut aussi instaurer des services et programmes globaux. Les jeunes n'ont pas accès aux produits de la PF. Les services doivent être modelés sur les besoins des jeunes et doivent être conviviaux parce que les gens portent des jugements. La meilleure chose à faire est d'améliorer leurs connaissances.

## 5. RAPPORTS DES GROUPES DE TRAVAIL

Les groupes se sont réunis pour examiner un certain nombre de sujets secondaires dans le cadre des sujets suivants :

1. Les barrières liées au programme
2. Les facteurs socioculturels
3. L'écart du leadership

Le but principal des discussions est d'investiguer et faire un « remue méninges » sur les façon dont les différents sujets secondaires se relie aux besoins non satisfaits et de se mettre d'accord sur les observations et les conclusions.

Vous trouverez ci-dessous les deux sujets principaux identifiés pour chaque groupe de travail des sujets secondaires :

SUJETS	Sujets secondaires	Problèmes/obstacles/barrières
Programmes	Gestion & Supervision	- Gestion des ressources humaines - Absence de coordination, collaboration, communication entre les parties prenantes
	Accès & qualité	- Aptitudes et compétences inadéquates des pourvoyeurs de services pour offrir des services de PF étendus et de qualité - Services limités pour les jeunes et les populations rurales
	Intégration de la PF	- Environnement social, politique et structurel favorable faible pour soutenir l'intégration - Obstacles dans la fourniture et l'utilisation des services pour l'intégration de la PF

<b>SUJETS</b>	<b>Sujets secondaires</b>	<b>Problèmes/obstacles/barrières</b>
	Approvisionnement & logistique	- Faibles systèmes de distribution - Faibles systèmes d'information de la gestion de la logistique (SIGL)
<b>Facteurs Socioculturels</b>	Sexe	- Basse position sociale des femmes - Mauvais accès à une information adéquate
	Economie/ éducation	- Les femmes n'ont pas de pouvoir - éducation/économie - Bas niveau d'éducation générale sur la PF à tous les niveaux
	Religion	- Multiples interprétations religieuses concernant le rôle de la PF dans la vie des fidèles - Manque de sensibilité envers les besoins religieux les uns des autres
<b>Leadership</b>	Politique juridique	- Barrières religieuses et culturelles (âge du mariage) - Cadre législatif favorable à la PF absent ou inadéquat
	Engagement politique / société civile	- Absence de compréhension politique des besoins de PF non satisfaits des femmes, des hommes et des jeunes et leur lien avec le développement - Absence de cadre pour des partenariats publics / privés
	Financement de la sécurité de la contraception	- Faibles systèmes de distribution - Faibles systèmes d'information de la gestion de la logistique (SIGL)

## **SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES SUR LES OBSTACLES A L'UTILISATION DE LA PF**

### **PROGRAMMES**

Questions clés :

- Les programmes de PF et de lutte contre le VIH/SIDA doivent être synergiques
- La décentralisation doit être prioritaire dans les programmes de PF/SR
- La capacité des jeunes doit être renforcée dans la supervision et la gestion des programmes de PF
- L'entreposage et le transport posent des problèmes énormes au niveau local. Le problème est lié à l'existence de données insuffisantes pour la distribution. Là où les programmes sont en place il est possible et facile d'aborder le problème. La coordination entre les bailleurs de fonds est essentielle même s'ils poursuivent leurs objectifs respectifs.

### **FACTEURS SOCIOCULTURELS**

Questions clés :

- La religion devrait aider à toucher les jeunes qui ne sont pas forcément religieux

- Les leaders religieux doivent intervenir plus souvent dans les questions de PF, comme le montre le modèle de la Sierra Leone où il existe un conseil interreligieux sur le VIH/SIDA
- Dans les questions de sexe, le principal problème est le statut social des femmes
- Des actions concrètes sont nécessaires pour incorporer la dimension des sexes. Ceci fait aussi poser la question des normes sociales
- Il faut renforcer le pouvoir des femmes dans les programmes de PF, dans le cadre d'une approche basée sur les droits
- Il faut aussi aborder la question des mariages forcés et de la parenté précoce.

## LE LEADERSHIP

### Questions clés

- Les programmes doivent être structurés pour les jeunes d'origines diverses et pour les besoins spécifiques
- Nous avons des groupes multisectoriels et des liaisons institutionnelles pour aborder la question du rôle du leadership des jeunes dans les programmes de PF
- Lorsqu'on discute, il faut utiliser les données

### 6. TROISIEME SESSION PLÉNIERE : « QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DE CET ÉCART SUR LA SANTÉ, LE DÉVELOPPEMENT ET L'ÉCONOMIE »

La présidente de séance était Mme Margaret Neuse de l'USAID

Les membres du panel étaient :

**Le Dr. Thérèse Lesikel, OMS/AFRO & le Dr. Alimata Diarra, WAHO – *Sauver des vies, préserver les familles***

**Jean Pierre Guengant, Institut de Recherche pour le Développement & Scot Moreland, *The Futures Group – Réaliser la Vision: atteindre les Buts de Développement du Millénaire***

Pour le détail des données, se référer aux présentations.

**A. Le Dr. Thérèse Lesikel, OMS/AFRO & le Dr. Alimata Diarra, WAHO : *Sauver des vies, préserver les familles (Espacer les naissances pour sauver les vies et préserver les familles : une opportunité stratégique négligée)***

Les principaux sujets de la présentation étaient les suivants :

- Une des conséquences les plus cruciales du grand écart entre les besoins perçus et l'utilisation de la PF en Afrique de l'Ouest est le court intervalle entre les naissances et ses effets dramatiques sur la santé de la mère et de l'enfant.
- Appliquer la planification familiale pour obtenir des intervalles plus prolongés permet de sauver des vies
- Les nouveaux-nés ont plus de chances de survivre si l'intervalle avec la naissance précédente est d'au moins 3 ans
- Il est prouvé que les intervalles plus longs entre les naissances ont des effets positifs sur la santé de la mère et de l'enfant
- La PF appliquée pour des intervalles plus longs entre les naissances peut réduire la morbidité et la mortalité néo-natale, des enfants âgés de moins de cinq ans et maternelle
- Peu de femmes après un accouchement veulent un autre accouchement dans les deux ans, mais un grand nombre d'entre elles n'applique pas la planification familiale
- Un large pourcentage des femmes qui ont des naissances trop rapprochées est celui des femmes âgées de 20 à 29 ans

Eviter les courts intervalles entre les naissances réduira la fécondité ainsi que la mortalité maternelle et infantile.

La fécondité dans les pays de l'Afrique de l'Ouest diminuerait d'un demi enfant si les intervalles n'étaient jamais inférieurs à 3 ans. Le taux de fécondité baisserait de 8 à 10 pour cent, soit un demi million de naissances par an.

Pour les stratégies visant à espacer les naissances, il suggérait :

- Augmenter l'accès aux services de contraception de qualité avec tout l'éventail des méthodes de contraception
- Encourager des programmes communautaires qui abordent les besoins des plus jeunes couples ainsi que les normes culturelles et les croyances traditionnelles
- Utiliser les périodes pré et postnatales comme périodes d'importance cruciale pour offrir des informations et des conseils sur l'espacement de la naissance du prochain enfant
- Examiner avec les mères, pendant les visites des nouveaux-nés et les vaccinations, les bénéfices offerts en appliquant la PF pendant 3 à 5 ans avant le prochain enfant
- Soutenir les initiatives qui renforcent le pouvoir de prise de décision des femmes

**B. Dr. Alimata Diarra, WAHO :**  
***Sauver des vies, préserver les familles***

Il y a un problème d'éthique : les besoins non satisfaits en contraception différent du concept de la santé sexuelle et de la reproduction, qui présuppose que chaque femme puisse jouir de sa sexualité d'une façon sûre et satisfaisante, et avec l'option de procréer et la liberté de décider du moment et de la fréquence de des naissances.

L'écart entre les besoins et l'utilisation dans la planification familiale :

- Menace les vies de milliers de femmes et d'enfants
- Menace les fondations de la famille
- Mine les efforts de développement dans la sous région de l'Afrique de l'Ouest

Un espacement des naissances inférieur à 14 mois multiplie le risque de mortalité maternelle par 2,6 par rapport aux espacements entre 27 et 32 mois.

Les avortements provoqués constituent le plus grand risque.

La prévalence de la contraception et la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest – le bas niveau d'utilisation des contraceptifs s'accompagne d'un taux de mortalité élevé.

Plus l'espace entre les naissances est court (moins de 3 ans), plus les enfants de moins de cinq ans courent le risque de la malnutrition ou de la mort.

En moyenne, les enfants nés après moins de deux ans sont deux fois plus à risque que ceux qui sont nés après deux ans et plus.

Dans le contexte du VIH/SIDA, les besoins non satisfaits aideraient à prévenir :

- Les grossesses involontaires parmi les femmes séropositives
- Les infections des femmes

Il concluait en indiquant que:

- On possède de plus en plus de preuves du fait que la planification familiale contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes, des enfants, des familles et des communautés.
- Les besoins non satisfaits de planification constituent un obstacle qui empêche de sauver des milliers de vies humaines et de protéger un grand nombre de familles.
- Empêcher les femmes d'obtenir des services de planification familiale est comme les empêcher de contrôler leur fécondité, d'avoir une éducation, d'acquérir une profession et de travailler et participer aux diverses activités de développement dans les communautés.

**C. Jean Pierre Guengant, Institut de Recherche pour le Développement & Scot Moreland, The Futures Group :**

***Réaliser la Vision: atteindre les Buts de Développement du Millénaire***

Les principales questions liées aux Buts de Développement du Millénaire sont :

- La contribution de la couverture des besoins non satisfaits à la planification familiale
- Le nombre de femmes en âge de procréer est grand et va en croissant

- Le nombre de grossesses doublera en moyenne au cours des 25 prochaines années
- Un pourcentage significatif de ces grossesses est constitué de grossesses involontaires
- De nombreuses femmes veulent espacer ou limiter les naissances mais ne pratiquent pas la planification familiale
- Satisfaire les besoins non satisfaits de la planification familiale augmentera le pourcentage de femmes qui la pratiquent
- Le nombre de femmes qui pratiquent la planification familiale augmentera lorsque les besoins non satisfaits seront satisfaits
- Satisfaire les besoins non satisfaits de la planification familiale réduira les grossesses non intentionnelles
- .... et le nombre des avortements
- .... et le nombre de naissances non intentionnelles

Satisfaire les besoins non satisfaits de la PF peut aider les pays à atteindre les BDM en en réduisant le coût.

Il s'est concentré sur les 4 BDM suivants :

- Réaliser l'éducation primaire universelle
- Réduire la mortalité infantile
- Améliorer la santé maternelle
- Assurer un environnement durable

Il a calculé l'économie réalisée pour atteindre les BDM grâce à une utilisation accrue de la contraception ; pour cela, il a :

1. projeté la population avec une utilisation constante de la PF et en couvrant les besoins non satisfaits
2. calculé ce qu'il coûtera d'atteindre les BDM pour chaque projection
3. comparé les projections des coûts et calculé la différence

- Satisfaire aux besoins non satisfaits permet des économies en réduisant le coût d'atteindre les BDM de l'éducation primaire
- Satisfaire aux besoins de PF non satisfaits réduit la mortalité infantile
- Satisfaire aux besoins de PF non satisfaits permet des économies en réduisant les coûts des BDM pour la vaccination des enfants
- Satisfaire aux besoins de PF non satisfaits réduit le nombre de décès maternels
- Satisfaire aux besoins de PF non satisfaits réduit les dépenses qui permettent d'atteindre les buts concernant l'eau potable et l'assainissement
- Satisfaire aux besoins de PF non satisfaits réduit la pollution de l'air et les BDM environnementaux seront plus facile à réaliser.

Les bénéfices de réduction des besoins non satisfaits sont bien plus grands que les coûts. Les coûts additionnels de la réduction des besoins non satisfaits pour la PF sont (partiellement) compensés par les économies faites pour réaliser les BDM en 2015.

En conclusion :

- De bas niveaux d'utilisation de la contraception se traduisent par :
  - un grand nombre de grossesses non intentionnelles
  - un grand nombre d'avortements
  - un grand nombre de naissances non intentionnelles
- Eliminer les besoins de PF non satisfaits permettra aux couples d'exprimer leurs droits à la reproduction en réduisant :
  - les grossesses non intentionnelles
  - les avortements
  - les naissances non intentionnelles
- Atteindre les Buts de Développement du Millénaire sera un défi majeur
- Ces objectifs seront plus faciles et moins coûteux à atteindre si l'utilisation de la contraception augmente à la suite de la satisfaction des besoins de PF non satisfaits.

## **SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES**

### **PRINCIPALES QUESTIONS**

Les principales questions examinées étaient les suivantes :

- Les parents doivent parler de sexualité avec leurs enfants ou les parents doivent laisser toute l'éducation aux enseignants ?
- Les pays de l'Afrique de l'Ouest n'ont pas utilisé les méthodes modernes ; il est peut-être temps de tester les méthodes traditionnelles
- L'USAID a fait quelques études et recherches sur les méthodes traditionnelles. Celles-ci incluent la lactation et l'allaitement et l'utilisation de l'allaitement exclusif au sein pendant six mois
- L'abstinence périodique, et son calcul utilisé comme une méthode de jours standard peut être encouragée
- Cette méthode a ses inconvénients et nécessite une bonne communication entre les couples
- Sur le TPC, on doit maximiser l'utilisation des contraceptifs
- Sur les BDM, les gouvernements ont toujours des priorités et sont intéressés à allouer des fonds aux programmes de PF
- Les études ont montré que la PF paye pour elle-même et ceci se traduit dans le coût de la réalisation du BDM particulier
- Si on s'occupe des programmes de PF, les grossesses diminueront et nous pourrions contrôler la population. Si nous projetons 25 ans d'avance, les bénéfices seront encore plus grands

- La PF profite non seulement à la santé mais aussi à l'éducation et a un impact certain sur le développement
- Les besoins des jeunes ne sont pas seulement les besoins de la santé mais la question plus ample des moyens d'existence et il faut aussi s'en occuper. Les besoins des moyens d'existence sont des besoins non satisfaits ce qui mène à des écarts
- La PF apporte aussi des bénéfices au niveau du ménage. La recherche a montré que lorsque la famille est plus petite, cela libère des fonds pour l'éducation, la santé, etc. et améliore la vie.
- Aider les jeunes à trouver du travail comme gagne-pain entraînera le besoin d'un rapprochement entre les jeunes et les adultes ; se rapprocher d'un mentor ajoute à la protection
- Tous les contraceptifs sont fabriqués dans les pays développés. Il faudra engager les fabricants à produire moins cher et à établir des industries dans les pays en voie de développement

## **7. QUATRIEME SESSION PLÉNIERE ET SESSIONS PARALLELES « QUELLES SOLUTIONS POURRAIT-ON APPORTER POUR RÉDUIRE L'ÉCART ENTRE LES BESOINS ET L'UTILISATION ? »**

### **A. Dr. Levent Cagatay, Associé au programme pour la planification familiale, Projet ACQUIRE / EngenderHealth: *Le changement et la diffusion de l'innovation***

La présentation abordait les questions suivantes :

- Le changement et pourquoi ça prend si longtemps
- Les facteurs qui influent sur la diffusion de l'innovation
- Certaines leçons apprises en matière de communication

Il faisait remarquer que :

- Toute intervention de développement exige un changement de comportement
- Toute intervention de santé publique exige un changement de comportement
- Toute intervention médicale ou clinique exige un changement de comportement

Il ajoutait qu'un paradigme de recherche ne suffit pas pour changer les comportements et que nous manquons souvent à considérer les principes et la dynamique du changement comme facteurs dans notre pensée et notre programmation.

Il reconnaissait aussi que le changement est un élément central du développement, qu'il passe par des phases et une dynamique qu'on peut prédire, qu'il est empirique, qu'il s'applique tant aux pays « développés » qu'aux pays « en voie de développement » et qu'il peut montrer la voie vers des solutions stratégiques et des interventions et une programmation meilleures.

La lenteur du changement dans l'environnement médical résulte de :

- L'absence d'un besoin de changement ressenti

- L'absence de motivation des pourvoyeurs
- L'ignorance :
  - Des dernières trouvailles scientifiques
  - Des risques et bénéfices
  - Du concept du risque relatif

Il examinait aussi les facteurs affectant la diffusion des innovations tels que les perceptions et les caractéristiques des personnes qui les adoptent, et de facteurs du contexte tels que l'environnement

On a grand besoin de communication, de motivation et de leadership,

En recommandant ce qu'il faut faire, il soulignait le besoin de comprendre les principes, les schémas et la dynamique du changement et qui sont :

- Empiriques
- Largement prédictibles
- Universels
- Utiles pour montrer des interventions stratégiques meilleures et plus nombreuses.

Il importe de trouver des innovations solides, et donc il faut mettre l'accent sur :

- Une médecine « basée sur les faits »
- Des programmes « s'appuyant sur les données »
- Les « meilleures pratiques »

Il est crucial que le message soit simple, soutienne les champions, adapte les efforts pour le contenu et soit réaliste.

## **B. Sessions parallèles sur les solutions**

Pour trouver des réponses aux problèmes posés en abordant l'écart entre le besoin et l'utilisation, plusieurs sessions parallèles étaient organisées autour des sujets suivants :

- Les programmes : la gestion et la supervision
- Les programmes : l'accès et la qualité
- Les programmes : l'intégration de la planification familiale dans d'autres secteurs de la santé et autres que la santé
- Les programmes : la gestion de la logistique des produits
- Les facteurs socioculturels
- Le leadership

Pour plus d'informations se référer aux présentations. Les discussions visaient à fournir des informations aux interventions lors des réunions des équipes nationales.

## 8. CINQUIEME SESSION PLÉNIERE : COMMENT PLAIDONS-NOUS POUR OBTENIR CES SOLUTIONS ?

Le sujet discuté était : qu'est-ce que la plaidoirie et où a-t-elle bien marché pour la planification familiale en Afrique de l'Ouest ?

Les présentations ont été faites par :

**Modibo Maiga, The Futures Group, Mali**  
**Kate Parkes, CEDPA, Ghana**

### **A. Modibo Maiga, The Futures Group, Mali :** ***l'expérience de la procédure de la plaidoirie participative: une étude de cas au Mali***

La présentation offrait le cadre historique de la loi spéciale sur la SR, avec l'engagement du Réseau des parlementaires maliens de la population et du développement (REMAPOD). Avant 1997, plusieurs barrières juridiques et non juridiques barraient la voie de la SR/PL. Par exemple, il y avait la loi de 1920 qui interdisait les campagnes anti-naissances et en faveur des avortements.

Le processus de formulation de la nouvelle loi au Mali consistait en :

- L'amalgame de 3 initiatives juridiques en un seul projet de loi sous les auspices du REMAPOD
- Des réunions avec les principales parties prenantes sur la teneur de la loi, compte tenu des spécificités maliennes
- Le consensus parmi les parlementaires et l'introduction du projet de loi à l'Assemblée nationale

Parmi les opportunités et les principales parties prenantes :

- La volonté politique et l'engagement des parlementaires maliens et l'appui du réseau régional des parlementaires ;
- La coopération entre les Ministères de la Santé, du Développement des femmes, la société civile et les juristes
- L'appui des partenaires (FNUAP, USAID) et des politiques

La loi sur la santé de la reproduction a été adoptée par l'Assemblée nationale le 7 juin 2002

Parmi les leçons apprises sur les éléments essentiels :

- Un fort leadership par le REMAPOD (la force du groupe)
- L'appui du réseau régional (FAAPPD) au REMAPOD

- La synergie existant entre les parlementaires et la société civile, les ministères les partenaires du développement
- Une patience et une compréhension prouvée envers les leaders religieux
- Les leaders religieux doivent être:
  - Ouverts pour partager entre eux les questions relatives à la PF
  - Ouverts pour soutenir la PF
- L'existence d'arguments positifs en faveur de la PF parmi les couples dans le Coran et les Hadiths.

Principaux résultats :

- Un changement de politique parmi certains leaders religieux
- Un rôle plus actif parmi les couples qui sont maintenant en faveur de la PF
- La création d'un réseau de leaders politiques sur les questions de population ainsi que la qualité de la vie au sein du Conseil islamique du Mali.

#### **B. Kate Parkes, CEDPA, Mali :**

##### ***Plaider pour obtenir les solutions souhaitées***

Cas où la plaidoirie a bien marché pour la PF au Ghana, en Afrique de l'Ouest  
Le travail des réseaux de plaidoirie de la PF/SR dans les régions de l'Afrique de l'Est et du Centre

- La présentation montrait l'environnement positif qui comprend :
  - La politique de populations révisée en 1994
  - La CIPD
  - La décentralisation
    - Le NPC
    - La réforme de l'administration locale
- Le programme de participation
- Il y a aussi une approche participative élargie et l'environnement politique favorable nécessaire pour la plaidoirie

Ceci implique :

Renforcer le pouvoir des parties prenantes pour participer au processus de développement

Renforcer la capacité des ONG de représenter les besoins et les intérêts de la communauté

Encourager les ONG à travailler en réseau

Il y avait aussi l'approche des « petits commencements » des réseaux de plaidoirie pour la SR/PF. Elle présentait une étude de cas des meilleures pratiques d'activités en réseau dans la région est du Ghana.

L'impact portait sur :

- La formation des ONG/OCB en matière de plaidoirie pour repositionner la PF
- Des tribunes dans la communauté sous la tutelle des assemblées municipales sur les questions de santé des relations sexuelles et de la reproduction, en liaison avec le VIH/SIDA
- Un partenariat avec le Service de la santé du Ghana dans son programme d'action de 5 ans, en introduisant la PF dans les activités de la santé maternelle et infantile.

## **SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES SUR LA SESSION SUR LA PLAIDOIRIE**

Les principaux sujets examinés étaient les suivants :

- Les questions prioritaires dans les communautés incluent la mortalité maternelle et infantile
- Les jeunes doivent participer aux réseaux
- L'expérience a montré que ce sont les jeunes sont d'excellents avocats et qui font que les forums soient pertinents

### **9. SÉANCE PLÉNIÈRE : APERÇU GÉNÉRAL ET PERSPECTIVES DES PARTENAIRES**

#### **A. Synthèse des plans de suivi des pays**

La synthèse des plans de suivi des pays était présentée. Les éléments communs étaient les suivants :

- Les opportunités - chaque pays identifiait d'importantes opportunités (par ex. outils, normes, matériels de formation, expériences existantes)
- Les organisations communautaires – chaque pays soulignait l'importance des opportunités offertes par les organisations communautaires de femmes, d'enseignants, de leaders religieux, de jeunes
- La plaidoirie – on a besoin de plaidoirie et les propositions des pays étaient minutieuses

Tous les pays ont indiqué avoir systématiquement utilisé l'information qui leur avait été fournie pendant la conférence

Tous les pays ont affirmé qu'ils s'engageaient à revenir, faire un compte-rendu et passer à l'action ; certains groupes ont l'intention de se rencontrer à nouveau.

Un grand nombre d'entre eux recommandaient de placer la PF à un échelon plus élevé dans la structure du gouvernement.

Le besoin a été exprimé de la coordination et du contrôle.

Ils ont souligné l'absence d'intégration de la PF dans tous les services de SR et de soins de santé.

Ils ont posé le problème de la qualité, en particulier les compétences du personnel et les fournitures.

## **B. Perspectives des partenaires**

**Yves Bergevin, du FNUAP** affirmait que la conférence offrait une opportunité unique de réaliser les BDM parce que la PF était un élément essentiel pour atteindre les résultats souhaités et réduire la pauvreté.

Il notait que les besoins non satisfaits constituent un défi majeur en Afrique de l'Ouest et que la région s'apprête à le relever. Les objectifs doivent être clairement définis et nous devons assurer que la PF sera pleinement accessible en 2015. Il observait le danger de ne pas aborder la question des besoins non satisfaits, ce qui signifie que les choses devront se faire différemment.

Il plaidait en faveur d'une action nationale vigoureuse et coordonnée par les ministères de la santé des différents pays et le besoin de se réunir fréquemment avec les partenaires.

Il faisait un certain nombre de recommandations pour renforcer les actions, en particulier :

- Le besoin de mettre en place des systèmes de gestion de la logistique et de l'information dans les pays respectifs
- Le besoin d'établir le coût des plans et des prévisions
- Le besoin pour les bailleurs de fonds de prendre des engagements sur plusieurs années
- Le besoin de plans nationaux intégrés qui permettrait d'atteindre un grand nombre de personnes

Les principaux efforts du FNUAP seront de veiller à avoir une présence marquée dans tous les pays et de soutenir les programmes et les produits à bas prix jusqu'aux clients

Il promettait que le FNUAP s'engagerait à participer aux actions de suivi aux niveaux régional et national. Il exprimait l'espoir que si tout se passe bien, nous serons en mesure de couvrir tous les besoins non satisfaits dans les cinq prochaines années.

**2. Wilfred Ochan de FIPP/AR** a affirmé qu'il était déçu de constater que l'écart était encore très répandu dix ans après les engagements pris au Caire. Les politiques et les engagements sont plus faibles et la PF est reléguée en marge des programmes de développement. Le financement a stagné et est même en train de diminuer.

Il affirmait le besoin de prendre la lutte surtout parce les besoins non satisfaits vont en s'agrandissant et que les efforts de repositionnement sont importants pour répondre aux intérêts croissants des différents acteurs.

En abordant la question de ce qui doit être fait différemment, il nous demandait d'examiner notre travail de près et de trouver des moyens d'influencer le programme des forces mondiales afin que nous puissions être visibles.

Il plaidait aussi en faveur de la révision des politiques nationales et du besoin de faire en sorte que le débat sur la planification nationale passe de son centre d'intérêt actuel vers un niveau qui répond à la santé économique et au bien-être familial. Il recommandait aussi d'avoir un programme vigoureux de planification nationale en coordonnant des mécanismes auxquels chacun peut participer.

Il faisait les recommandations suivantes :

Lancer une procédure et un mécanisme de procuration de fonds qui apportera plus de ressources

Fournir l'infrastructure nécessaire et améliorer la capacité humaine et institutionnelle ainsi que la formation des divers acteurs

Développer des partenariats et coordonner les efforts des acteurs et des partenaires.

Il informait la conférence que la FIPP participe déjà à des partenariats et qu'il très important qu'une composante des jeunes soit reconnue dans les efforts de PF/SR.

Pour finir, il lançait un appel en faveur d'un plus grand engagement envers la PF.

**3. Mayuki Oikawa de la JICA** indiquait qu'en tant que membre « le plus jeune » de la communauté des bailleurs de fonds, la JICA cherche à étendre ses activités en Afrique de l'Ouest et à augmenter son aide dans le secteur de la santé.

La JICA se concentrera dans trois domaines prioritaires :

- a) La sécurité de la maternité
- b) La planification familiale (pour résoudre les problèmes de population et réduire la pauvreté)
- c) La santé de la reproduction (et contribuer à la lutte contre le VIH/SIDA et renforcer le pouvoir des populations)

Elle reconnaissait que l'allocation budgétaire actuelle était faible mais la discussion est ouverte. La conférence a posé le problème et ceci aidera la JICA à planifier son intervention.

**4. Luise Lehmann de la KFW** disait qu'en tant que banque allemande de développement, la KFW n'est pas forcément un bailleur de fonds mais soutien la santé publique. L'organisation a développé une approche de marketing social pour aider les gouvernements nationaux à étendre leur couverture en matière de VIH/SIDA, PF et autres domaines.

Depuis 1990, la KFW a amélioré sa couverture de marketing social en Afrique de l'Ouest. Pour la période 2004-2009 elle a prévu un montant de 70 millions d'euros pour le VIH/SIDA, la PF et la SR.

La couverture comprend la production des produits, la formation des pourvoyeurs de services, et les enquêtes de marché. Elle soulignait le besoin d'assurer la durabilité de ces actions, et notait que les recettes provenant des subventions étaient utilisées pour couvrir les besoins de financement du programme et ceci améliore l'utilisation rationnelle des ressources. Elle indiquait que la KFW veillait à ce que la PF fasse intégralement partie du produit.

Les directives politiques sont un élément clé du travail de KFW et une approche de marketing social est nécessaire pour repositionner la PF.

**5. Margaret Neuse de l'USAID** informait les participants que l'USAID ne gère qu'une partie du budget d'aide au développement et que le financement passe actuellement par le *Millenium Challenge Account* (Compte du Challenge du Millénaire), qui est géré par la *Millenium Challenge Corporation* (Société du Challenge du Millénaire).

Les critères pour accéder à ce compte sont les suivants :

- a) L'investissement doit se faire dans les populations (c'est-à-dire l'éducation et la santé)
- b) Soutenir les principes de la démocratie et de la gouvernance
- c) La volonté de choisir et de prendre des décisions.

Le second type de dépenses est par l'Initiative présidentielle de lutte contre le VIH/SIDA, qui se concentre sur un certain nombre de pays. Elle indiquait que le financement passe par la commission dans les pays respectifs et qu'il y a aussi un bureau régional situé au Ghana.

L'USAID/ Washington a aussi le Bureau pour l'Afrique et le bureau technique qui gère le budget de la PF. Quant à l'allocation des fonds, l'USAID finance des domaines semblables aux autres bailleurs de fonds.

Sur le repositionnement de la PF, l'USAID a réalisé que certains programmes n'utilisent pas les meilleures pratiques et qu'il faut donc rehausser les activités de plaidoirie.

L'USAID a aussi alloué des ressources dans la sécurité et la logistique des produits de la santé de la reproduction.

De plus il y a des financements pour l'intégration de la PF – VIH/SIDA pour faire en sorte que la PF soit intégrée dans la programmation de la lutte contre le VIH/SIDA et vice-versa.

Elle notait que le financement global était élevé en 2001 et est resté constant au cours des deux dernières années.

Le financement est passé de l'Amérique Latine et Centrale vers l'Afrique et atteint les 30 millions de dollars pour l'ensemble de l'Afrique

Elle affirmait l'engagement de l'USAID d'aider les efforts d'intervention et au niveau régional et international, ce qui inclut de participer à diverses coalitions et soutenir les pays à risque.

### C. Le réseau de la planification familiale

**Fatimata Denie du Sénégal** présentait l'initiative de mettre sur pied une organisation de la PF en Afrique. Ceci repose sur l'appui au repositionnement de la PF et la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle et infantile.

Elle exprimait le besoin de la création d'un comité d'organisation comme organisme préparatoire pour lancer le processus. On a besoin d'un comité d'initiative et elle lançait un appel aux participants de monter à bord et d'aider à la réalisation des BDM.

## SESSION DE QUESTIONS ET RÉPONSES

En réponse à la question sur la façon dont l'USAID se mettrait en partenariat avec le FNUAP et la FIPP, Margaret Neuse indiquait que l'USAID collabore déjà avec ces organismes en tant que partenaire dans le projet. Il y a des problèmes au niveau de la politique mais la collaboration existe au niveau technique.

Dans ses remarques de clôture en tant que président du panel, le **Dr. Kabba Joiner de WAHO** indiquait qu'une réunion était prévue dans les deux prochains mois pour mettre le processus en marche.

Une commission d'approvisionnement de la SR a aussi été créée pour la mettre à contribution et le repositionnement de la PF aura d'autres bailleurs de fonds que le DFID et DANIDA.

Il exprimait le besoin d'un activisme accru et pour les participants d'être proactifs de façon que les bailleurs de fonds puissent soutenir leurs initiatives.

Il concluait en réaffirmant le fait que la SR est un élément clé pour atteindre les BDM et lançait un appel les soutenir dans sa réalisation.

## 10. CLOTURE EN SÉANCE PLÉNIÈRE

Dans sa déclaration dans la séance de clôture, l'**Honorable Ministre de la Santé du Sierra Leone, Madame Abator Thomas**, notait que la question de la PF avait été renforcée lors de la conférence. Il en incombe maintenant aux pays individuels de

mettre sur pied des programmes améliorés d'intervention pour la PF. Elle remerciait les bailleurs de fonds et les partenaires pour leur assistance.

**Félix Awantang de l'USAID/WARP** suggérait que la conférence avait lancé un processus et qu'il fallait le soutenir.

Il indiquait que l'USAID/WARP fonctionne au niveau régional et invitait les participants à venir frapper à ses portes et contacter les bureaux de l'USAID dans les pays respectifs. Il exprimait l'engagement de ces bureaux à travailler avec eux au niveau régional et bilatéral au cours des quatre prochaines années.

Il se félicitait de l'initiative de WAHO et exprimait le besoin de profiter de l'appui mutuel pour les initiatives des pays.

Pour finir, l'espoir doit continuer à vivre dans la région et constatait qu'il y a des jeunes dans la région dont l'avenir est sombre, il y a des enfants qui courent les rues sans avenir et il est donc crucial d'agir inexorablement.

**Mme Adelaïde Awutuley, avocate des jeunes**, présentait le Communiqué des Jeunes sur la Plaidoirie pour l'Action.

Le Communiqué reconnaissait le fait que la conférence avait identifié les jeunes comme des agents cruciaux pour le repositionnement de la planification familiale, comme cela ressortait des discussions en séance plénière et en groupes, et surtout dans les plans de suivi des pays.

Il soulignait le besoin d'agir sur ces plans et observait qu'ils ont tous des rôles à jouer. En tant que jeunes, ils voudraient vouloir travailler avec les participants pour exécuter les plans et faire en sorte que les besoins des jeunes en matière de PF soient satisfaits.

Le Communiqué soulignait quatre domaines principaux dans lesquels les jeunes auront besoin de soutien pour être efficaces :

1. Développer et renforcer la capacité des jeunes pour le leadership
2. Renforcer la capacité et la coordination entre les institutions, mécanismes et structures existants en faveur des jeunes
3. Institutionnaliser la participation et le leadership des jeunes en offrant aux jeunes une place dans les procédures de prises de décisions aux niveaux de la politique, du programme et de la société civile
4. Augmenter l'accès à l'information et aux services visant à satisfaire les besoins de la population diverse des jeunes.

Dans la même foulée, les jeunes ont aussi préparé des projets de propositions spécifiques aux différents pays pour que les quatre domaines spécifiques deviennent opérationnels. Ils ont cherché à obtenir la collaboration des équipes nationales et des bailleurs de fonds partenaires (immédiatement après la conférence) pour mobiliser leur

soutien en affinant et en finançant le suivi dans le cadre des efforts globaux des pays dans le repositionnement de la PF.

**Issakha Diallo d'Advance Africa** a exprimé la gratitude des organisateurs envers tous les participants, animateurs, partenaires, interprètes et autres services qui ont fait que la conférence a été un véritable succès.

Dans son discours de clôture, **l'Honorable Moïse Dani Baah, Ministre adjoint sortant de la Santé du Ghana**, a exprimé l'espoir qu'avec des origines et des nationalités si diverses, les participants ont examiné de façon très approfondie les moyens les plus innovateurs de mettre en oeuvre les solutions aux besoins non satisfaits de la PF afin d'améliorer l'accès aux services et finalement augmenter la prévalence de la contraception.

Il posait la question de savoir comment les participants plaideront en faveur de l'application de ces solutions et ce qu'ils prévoient de faire de retour dans leurs pays respectifs en guise de suivi de la conférence.

Concernant les opportunités qui existent pour garantir que ces solutions soient mises en route, il exprimait sa conviction que le cadre développé par l'OMS/AFRO, et qui a été adopté par les pays membres de l'Union africaine servira de base pour progresser.

Il louait l'engagement montré par l'USAID en organisant la conférence et exprimait l'espoir qu'ensemble avec l'OMS/AFRO, le FNUAP et les autres organisations et ONG bilatérales et internationales, elle continuera à fournir le financement et l'assistance technique aux pays, basés sur les actions clés qui ont été soulignées dans les plans de suivi des pays respectifs.

M. Dani Bah a exhorté les participants à poursuivre le dialogue lors de leur retour dans leurs pays respectifs et explorer les opportunités et ressources locales pour aider à exécuter les plans d'action qui ont été identifiés.

Il informait les délégués que le Ghana avait déjà entamé une série de consultations avec des partenaires clés et que le Président s'est engagé à fournir toute l'assistance nécessaire pour la réalisation des buts stratégiques du pays pour le repositionnement.

Pour finir, il lançait un défi aux participants de prendre un engagement spécial de contribuer activement d'une façon ou d'une autre pour rehausser les services de la PF dans leurs pays respectifs, en soulignant que les besoins des populations pour la SR et la PF ne peuvent plus attendre.